COMUNICAZIONE CESSAZIONE STATUS DI SOGGETTO FISCALMENTE A CARICO

1 – DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome _____

CODICE FISCALE _____

nato/a il _____ a_____ Prov.____ Nazione_____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COMUNICA

la perdita dello status di soggetto fiscalmente a carico a far data dal __ __ ____

Data **Firma**

_____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione di quanto previsto nella "Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679" relativa al Fondo Pensione Laborfonds (disponibile sul sito internet www.laborfonds.it).

Data **Firma**

_____

Come riconsegnare il modulo
VIA EMAIL a info@laborfonds.it
IN ORIGINALE a
Fondo Pensione Laborfonds c/o Service Amministrativo Pensplan Centrum S.p.A.
Via della Mostra, 11 39100 Bolzano – Via Gazzoletti, 47 38122 Trento
VIA PEC a laborfonds@pec.it

ALLEGATI

- Documento identificativo in corso di validità