

RICHIESTA VARIAZIONE CONTRIBUTIVA^{1 2} (settore pubblico)

Questo modulo deve essere inviato al **datore di lavoro**.

Spett.le

Il/La sottoscritto/a			
codice fiscale			
nato/a il		a	
		prov.	
residente a		via	
		n.	
CAP		prov.	
tel.		cell.	

Iscritto/a al Fondo Pensione Laborfonds, in relazione alla misura del contributo a suo carico

CHIEDE

di variare il proprio contributo (aumento/diminuzione) scegliendo la seguente percentuale nel rispetto dell'importo massimo deducibile ai sensi delle vigenti disposizioni di legge:

a) 1% 1,24%³

b) 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%⁴

Data _____

Firma _____

¹ Questo modulo vale per il personale del servizio sanitario provinciale

² Il modulo va consegnato al datore di lavoro per l'anno 2017 entro il 10.12.2016, 31.03.2017, 30.06.2017, 30.09.2017 (con efficacia dal trimestre successivo) e per gli anni successivi **entro il 30 novembre** (con efficacia dal primo gennaio dell'anno successivo). Annualmente con le stesse modalità il lavoratore potrà variare la propria contribuzione (aumentandola o diminuendola).

³ Il contributo a carico del datore di lavoro ammonta al 1% (per livelli di retribuzione superiore) oppure 2% (per livelli di retribuzione inferiori) e la quota del trattamento di fine rapporto da versare da parte del datore di lavoro ammonta al 18%.

⁴ Il contributo a carico del datore di lavoro (vedi nota 3) è aumentato di 1% e la quota del trattamento di fine rapporto da versare da parte del datore di lavoro è aumentata dal 18% al 36,5%.