

COMUNICAZIONE CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO**A CURA del DATORE di LAVORO**

Denominazione Azienda: _____ Cod. Aziendale: _____

DATI RIFERITI ALL'ISCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: M Fn. il/...../..... a:..... Codice Fiscale:

Comune (st. estero) di nascita:

Prov. Nascita (sigla):

Indirizzo di residenza fiscale:

CAP:

Comune di residenza fiscale:

Provincia (sigla):

Tel.: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Data di Iscrizione FONDENEL: Data prima Contribuzione FONDENEL: nonché PIA:.....

Aliquota T.F.R. (solo per "Vecchi Iscritti"): % Vecchio Iscritto; Nuovo Iscritto: (% di TFR destinato a FONDENEL: ____ %)

Abbattimento base imponibile spettante al fondo pensione (solo per "Nuovi Iscritti"): _____ ;

Abbattimento TFR applicato dall'Azienda: _____ %

Importo ultimo contributo versato: _____ In data: _____

Data Cessazione rapporto di lavoro: Motivo cessazione rapporto di lavoro:

 Pensionamento per Vecchiaia INPS / INPDAI Pensionamento per Anzianità INPS / INPDAI Risoluzione consensuale **con** contestuale diritto al pensionamento obbligatorio INPS / INPDAI Risoluzione ESODO Art. 4 Legge 92 del 28 giugno 2012 (c.d. "Isopensione") Cessazione attività **per volontà** delle parti (es. risoluz. consensuale **senza** contestuale diritto al pensionamento INPS, dimissioni, licenziamento) Cessazione attività **indipendente dalla volontà** delle parti (mobilità o altra causa, cassa integrazione, fallimento) Trasferimento Volontario Posizione Previdenziale maturata Fondenel Decesso

DATA COMPILAZIONE

TIMBRO e VISTO del DATORE di LAVORO

.....

.....