

## MODULO PER LA RICHIESTA DI TRASFERIMENTO VERSO ALTRO FONDO PENSIONE

### 1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:		Nome:	
Codice Fiscale:		Data di nascita:	
Comune di nascita:		Prov:	( )
Indirizzo di residenza:			
Comune di residenza:		Prov:	( )
CAP:		Sesso:	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Tel.:		Cell.	
e-mail o PEC:			

### CHIEDE

- Trasferimento della propria posizione complementare presso altro Fondo a seguito della cessazione dell'attività lavorativa.
- Trasferimento volontario della propria posizione complementare presso altro Fondo senza che sia cessata l'attività lavorativa e con almeno 2 anni di iscrizione a Fondenel.

### DATI IDENTIFICATIVI DEL FONDO CESSIONARIO

Nome del Fondo		Referente Fondo	
Numero Albo Covip		Telefono referente	
Indirizzo completo		Mail referente	

Si allega la seguente documentazione:

- (1) Copia del documento di identità in corso di validità.

Data Compilazione: ..... / ..... / .....

Firma dell'aderente \_\_\_\_\_