

Soggetto incaricato (1) \_\_\_\_\_ Codice (2) \_\_\_\_\_ Numero di convenzione \_\_\_\_\_

**DATORE DI LAVORO**

Denominazione: \_\_\_\_\_  
 Sede a: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Recapito a: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov.: Fax: \_\_\_\_\_  
 Riferimento: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Partita IVA: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

**LEGALE RAPPRESENTANTE**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F  
 Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Nazionalità: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Residente a: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_  
 Documento n.: \_\_\_\_\_ Tipo documento (3): \_\_\_\_\_  
 Emesso da: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
 Professione: \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE**

Il sottoscritto datore di lavoro dichiara di voler provvedere al versamento al Fondo Pensione Aperto Risparmio & Previdenza dei contributi previsti da (allegare copia):  
 Accordo Collettivo  Accordo plurisoggettivo  Regolamento aziendale  altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 Avente come destinatari:  dipendenti  dirigenti  altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 Con riferimento ai rapporti di lavoro con i dipendenti interessati, il sottoscritto datore di lavoro dichiara inoltre che non operano condizioni ostative tali da precludere l'adesione su base collettiva ad un fondo pensione aperto ai sensi della normativa vigente.

**LISTE DI CONTRIBUZIONE**

Per ciascun versamento verrà trasmessa una lista di contribuzione nel formato concordato mediante  
 procedura web resa disponibile dal Fondo  altro (specificare) \_\_\_\_\_

**CONTRIBUZIONE**

I versamenti relativi alla contribuzione a carico del lavoratore ed alla contribuzione a carico dell'azienda saranno effettuati con cadenza  
 mensile  bimestrale  trimestrale  quadrimestrale  semestrale  annuale  ad ogni cedolino paga  
 I versamenti della contribuzione relativa al TFR saranno effettuati con cadenza  
 mensile  bimestrale  trimestrale  quadrimestrale  semestrale  annuale  ad ogni cedolino paga

**MODALITA DI VERSAMENTO**

Il pagamento dei contributi avverrà a mezzo bonifico bancario, a favore del c/c intestato a Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Fondo Pensione ApertoRisparmio & Previdenza, presso la Banca depositaria del Fondo; la valuta sarà pari a quella riconosciuta al Fondo dalla Banca ordinante.

Data \_\_\_\_\_

Soggetto incaricato \_\_\_\_\_ Datore di lavoro \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO**

I soggetti interessati dichiarano di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni. Conferma inoltre l'esattezza delle generalità dei soggetti i cui dati sono riportati nel presente modulo e che la firma è stata apposta in sua presenza.

**TIMBRO E FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO**

(1) Riportare la denominazione completa del soggetto incaricato presente nel paragrafo "La raccolta delle adesioni" della Nota Informativa.  
 (2) Riportare il codice del soggetto incaricato (codice agenzia; ABI/CAB; codice promotore). (3) Legenda: CI = Carta identità; PG = Patente di guida; PP = Passaporto; PA = Porto d'armi; TP = Tessera postale