GENERALI

FONDO PENSIONE APERTO CATTOLICA GESTIONE PREVIDENZA

iscritta all'albo dei fondi pensione al n. 25

CAMBIO DATORE DI LAVORO

1. DATI DELL'ADERENTE

Cognome:	Nome:
Codice Fiscale:	

Ha cessato il rapporto di lavoro con:

ED È STATA/O ASSUNTA/O in data : / / da

Firma Lavoratore_____

2. DATI DEL NUOVO DATORE DI LAVORO

Datore di Lavoro / Ragione Sociale (denominazione):

indirizzo sede legale: via _____ cap _____

comune_____ prov. (____)

indirizzo sede amministrativa: via _____ cap _____

comune_____ prov. (____)

Codice Fiscale/P.Iva:	

Persona da contattare per chiarimenti:

Tel.	Fax	E-mail:

Data: / /	Timbro e Firma Datore di Lavoro

N.B.: l'incompleta compilazione del presente modulo comporta l'immediato rigetto della richiesta presentata.

Il modulo compilato e sottoscritto va trasmesso in originale a mezzo posta a: GENERALI ITALIA S.P.A. – FPA CATTOLICA GESTIONE PREVIDENZA – LUNGADIGE CANGRANDE 16 – 37126 VERONA.