



**FONDO PENSIONE APERTO  
RISPARMIO & PREVIDENZA**  
Iscritto all'albo dei fondi pensione al n° 46

## 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: **FONDO PENSIONE APERTO RISPARMIO & PREVIDENZA - c/o GENERALI ITALIA S.p.A. - LUNGADIGE CANGRANDE 16 - 37126 VERONA.**