

## COMUNICAZIONE VARIAZIONE – RETTIFICA DATI PERSONALI

**CASSA DI PREVIDENZA – FONDO PENSIONE DEI DIPENDENTI DELLA RAI - RADIOTELEVISIONE ITALIANA S.P.A. E DELLE ALTRE SOCIETÀ DEL GRUPPO RAI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 dipendente presso l'Azienda \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
 iscritto/a al Fondo Pensione CRAIPI in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ **RICHIEDE** la rettifica di uno o più dei  
 seguenti dati comunicati mediante la sottoscrizione della domanda di adesione al Fondo.

### 1. DATI DELL'ISCRITTO

IO SOTTOSCRITTO/A	Nome: _____
Cognome: _____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita: ____ / ____ / ____
Codice Fiscale: _____	Provincia: (     ) Telefono: _____
Comune (o stato estero) di nascita: _____	Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Indirizzo di residenza: _____	Comune di residenza: _____ Provincia: (     )
Comune di residenza: _____	Recapito per invio corrispondenza (da indicare solo se diverso dalla residenza): _____
Indirizzo di residenza: _____	Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____
Comune di residenza: _____	Comune di residenza: _____ Provincia: (     )
Indirizzo e-mail: _____	Indirizzo e-mail: _____

### 2. SITUAZIONE LAVORATIVA E CONTRIBUTIVA

SITUAZIONE LAVORATIVA E CONTRIBUTIVA	RIPORTARE IL DATO RISULTANTE NELL'ARCHIVIO DEL FONDO COME INDICATO NELLA COMUNICAZIONE PERIODICA O NELLA SCHEDA DI ISCRIZIONE	INDICARE IL NUOVO VALORE A RETTIFICA DEL DATO PRECEDENTE
Lavoratore di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria anteriormente al 29 aprile 1993		
Lavoratore di prima iscrizione alla previdenza obbligatoria successiva al 28 aprile 1993		
Lavoratore già iscritto ad una forma pensionistica complementare al 29 aprile 1993		
Lavoratore iscritto ad una forma pensionistica complementare successivamente al 28 aprile 1993		

**DICHIARO**, sotto la mia responsabilità, che quanto sopra riportato corrisponde al vero ed autorizza l'Amministrazione di CRAIPI ad effettuare i relativi interventi correttivi nel proprio archivio per le successive operazioni contributive ed ai fini dell'integrazione della domanda di adesione.

Preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (D.Lgs. n.196/2003), **ACCONSENTO** al trattamento dei miei dati personali e comuni e sensibili nonché alla loro comunicazione ed al loro trattamento funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare.

Mi **IMPEGNO**, altresì, a segnalare anche al proprio Ufficio del Personale di riferimento le modifiche apportate al fine di intervenire sui propri apporti di finanziamento in busta paga.

Sono **COSAPEVOLE** che sono fatti salvi gli adempimenti fin qui eseguiti da CRAIPI sulla base delle informazioni in precedenza fornite ed ora oggetto di rettifica.

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

Firma: \_\_\_\_\_

**Il presente modulo, compilato IN OGNI SUA PARTE in modo chiaro e leggibile, dovrà essere, inoltre, inviato al Fondo, a mezzo raccomandata A/R, allegando copia del documento di identità o del codice fiscale, oppure consegnato direttamente al seguente indirizzo:**

**Fondo Pensione CRAIPI  
 Viale Mazzini, 14  
 00195 – ROMA**