



RICHIESTA DI RIATTIVAZIONE CONTRIBUZIONE SOSPESA

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

1. DATI DELL'ISCRITTO

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

2. SCELTA DELLA CONTRIBUZIONE

Preso atto di quanto previsto dalla normativa in materia di previdenza complementare e dallo Statuto del Fondo Pensione in ordine alla facoltà di sospendere la contribuzione a carico del lavoratore,

DICHIARA di esser iscritto al Fondo Pensione CRAIPI dal: __/__/____, che ha presentato domanda di sospensione della contribuzione, ai sensi dell'art. 8, comma 7, dello Statuto, in data __/__/____.

DICHIARA, ai sensi dell'art. 8 comma 7, dello Statuto CRAIPI, di voler riattivare l'obbligo contributivo sospeso come da precedente comunicazione.

PRENDE ATTO che la riattivazione la sospensione dell'obbligo contributivo, comprensivo del contributo aziendale se previsto, avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello del ricevimento del presente modulo da parte di CRAIPI.

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

Firma: _____

N.B. Il presente modulo deve essere consegnato direttamente al proprio datore di lavoro ed altra copia dovrà pervenire al Fondo Pensione.

(riservato all'Azienda)

Data ricezione domanda: /..... /.....

Timbro e firma: _____

Detto Modulo deve essere, inoltre, spedito in copia, tramite raccomandata A/R, al Fondo Pensione CRAIPI oppure consegnato direttamente all'indirizzo:

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