

## SOSPENSIONE DELLA CONTRIBUZIONE A CARICO DEL LAVORATORE

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

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: / / \_\_\_\_\_  
Comune (st. estero) di \_\_\_\_\_ Provincia: ( ) Telefono: \_\_\_\_\_  
nascita: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
Iscritto al Fondo Pensione CRAIPI DAL: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### 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**, ai sensi dell'art. 8 comma 7, dello Statuto CRAIPI, di voler sospendere i versamenti, a proprio carico, al Fondo Pensione.

**PRENDE ATTO** che:

- la sospensione dell'obbligo contributivo a proprio carico comporta la sospensione dell'obbligo contributivo a carico dell'azienda e che tale sospensione avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello del ricevimento del presente modulo da parte dell'azienda;
- tale richiesta non determina la sospensione del versamento del TFR maturando che continua ad esser versato al Fondo Pensione;
- la contribuzione può, a richiesta dell'aderente, esser riattivata in qualsiasi momento dal primo giorno del mese successivo alla presentazione dell'azienda dell'apposito Modulo di riattivazione della contribuzione.

**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**