

**FONDO PENSIONE MEDICI**
Iscritto all'Albo COVIP con il n° 1337**C/T01 – TRASFERIMENTO****RICHIESTA DI TRASFERIMENTO POSIZIONE PREVIDENZIALE***Da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente*

Il Sottoscritto.....nato a..... (prov.....)
ilC.F.....residente in.....cap.....(prov.....)
via/piazza.....tel.....

Dichiara:

- di aver perso i requisiti di partecipazione al Fondo (ad es. a seguito della cessazione dell'attività lavorativa presso l'Azienda ovvero del cambiamento dell'inquadramento professionale nell'ambito della medesima Azienda);
- di aver superato il periodo minimo di permanenza nel Fondo, pari a due anni, e di voler esercitare il diritto di cui all'art. 14, comma 6 del D. Lgs. 252/05;

A tal fine, richiede il trasferimento della posizione individuale maturata verso la seguente forma pensionistica complementare:

Denominazione

Via/piazza.....

città..... cap. (prov.)

nominativo di riferimento

telefono fax e-mail.....

Accertata la sussistenza dei predetti requisiti il Fondo Pensione Medici provvede al trasferimento della posizione entro il termine massimo di 6 mesi dal pervenimento della presente richiesta corredata della documentazione completa.

Si precisa che la natura del Fondo cessionario è:

- Assicurativa Ragione Sociale della Compagnia
- Finanziaria

L'importo maturato dovrà essere accreditato presso (indicare il conto corrente del Fondo Pensione):

Istituto bancario

IBAN

Intestato a

(Indicare 12 numeri per il C/C, 5 per l'ABI e 5 per il CAB, non indicare barre, punti, virgole o altri caratteri speciali).

Contributi non dedotti

Dichiaro, inoltre, che con riferimento ai contributi versati nell'anno in corso, l'importo di €..... non è/non sarà dedotto in sede di presentazione della dichiarazione dei redditi.

Il sottoscritto è responsabile della veridicità e della correttezza di dati e delle informazioni fornite nel presente modulo.

Data

Firma dell'aderente

.....

.....

N.B. Il presente modulo dovrà essere consegnato all'Ufficio Amministrazione del Personale della propria Azienda che provvederà ad integrarlo con tutte le informazioni utili al Fondo per effettuare il relativo trasferimento. L'attivazione della procedura di trasferimento avverrà dopo che l'ultimo contributo sarà stato versato ed investito e dopo che la presente modulistica, completa in ogni sua parte, sarà pervenuta al Fondo.

C/01 - CHIUSURA POSIZIONE PREVIDENZIALE - AZIENDA OSPEDALIERA

Da compilarsi a cura dell'Azienda (barrare le parti che interessano) e da trasmettere unitamente al modulo di richiesta sottoscritto dall'Aderente

La scrivente Azienda Ospedaliera.....
 comunica che il/la Dott./Dott.ssa..... codice fiscale

Nato a (prov.....) il residente (prov.....)
 cap Via

ha cessato il rapporto di lavoro in data.....

Comunica che la cessazione è dovuta a:

- Pensionamento
- Decesso
- Ricorso a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria
- Dimissioni, licenziamento, invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo

Ovvero comunica che il dipendente, in costanza del rapporto di lavoro, intende esercitare il diritto al:

- Trasferimento della posizione pensionistica ai sensi dell'art. 14 comma 6 del D. Lgs. 252/05

Da compilarsi esclusivamente se iscritto ante 28.04.93 ("vecchio iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- l'aliquota di tassazione del TFR ai sensi dell'art. 19 del TUIR è pari al%.
- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
 - NON HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
 - HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di €

Da compilarsi esclusivamente se iscritto post 28.04.93 ("nuovo iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
 - NON HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
 - HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di €
- l'importo totale delle riduzioni annue spettante al Fondo da applicare sulle quote di TFR (Circolare n. 235/98 dell'Agenzia delle Entrate) in ciascun anno è pari a € in alternativa la percentuale media di TFR versato al Fondo fino al 31/12/2000 è pari a%.

Si comunica che tutti i contributi dell'aderente sono stati regolarmente versati e l'ultimo versamento al Fondo di €..... è stato effettuato il.....

N.B: Si precisa che l'attestazione di cui sopra verrà ritenuta definitiva e irrevocabile; pertanto eventuali nuovi e ulteriori contributi non verranno accettati né investiti e il versamento aggiuntivo sarà restituito all'azienda, che provvederà a liquidare l'importo spettante all'iscritto in altra forma.

Allega il seguente modulo di richiesta dell'interessato per le modalità di chiusura della posizione individuale:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modulo C/P01: Pensionamento | <input type="checkbox"/> Modulo C/R01: Riscatto | <input type="checkbox"/> Modulo C/F01: Permanenza nel Fondo |
| <input type="checkbox"/> Modulo C/D01: Decesso | <input type="checkbox"/> Modulo C/T01: Trasferimento | |

Il presente modulo è stato compilato dal Sig./Sig.ra Tel

Data..... Timbro e Firma dell'Azienda

N.B. Il presente modulo dovrà essere inviato al Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma(RM) dopo il perfezionamento di tutti i versamenti al Fondo dell'Aderente interessato. L'attivazione della procedura di liquidazione avverrà dopo che l'ultimo contributo sarà stato versato ed investito e dopo che la modulistica, completa in ogni sua parte, sarà pervenuta al Fondo. Nel caso in cui la stessa risultasse incompleta, sarà nostra cura restituirvene una copia pregandoVi di completarla con le informazioni mancanti.