



FONDO PENSIONE MEDICI

Iscritto all'Albo COVIP con il n° 1337

C/F01 - PERMANENZA NEL FONDO*(Da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente)*Parte
I

Il/La Sottoscritto/a cod. fiscale.....

Nato/a a il prov

Residente a prov..... cap.....

in Via n.....

Tel. Email

Dipendente dell'Azienda Ospedaliera

cessato del rapporto di lavoro in data

**Dichiaro di voler mantenere in essere la propria posizione previdenziale
anche in assenza di future contribuzioni.**

Avendo maturato uno dei seguenti requisiti :

- perdita dei requisiti di lavoratore dipendente della propria azienda ospedaliera a seguito, ad esempio, da dimissioni ovvero di licenziamento;
- possibilità di accesso alle prestazioni stabilite dal regime obbligatorio pensionistico di appartenenza e di far valere, alla data del pensionamento, almeno un anno di contribuzione a favore di una forma di previdenza complementare.

Data

Firma dell'aderente

.....

.....

ATTENZIONE :

IL PRESENTE MODELLO DI PERMANENZA AL
FONDO VA PRESENTATO CONTESTUALMENTE
CON IL MODELLO **C/01 - CHIUSURA**
POSIZIONE PREVIDENZIALE - DA
COMPILARE A CURA DELLA PROPRIA
AMMINISTRAZIONE , NEL MOMENTO IN
CUI E' CESSATO IL RAPPORTO DI LAVORO.

FONDO PENSIONE MEDICI

Iscritto all'Albo COVIP con il n° 1337

C/01 - CHIUSURA POSIZIONE PREVIDENZIALE - AZIENDA OSPEDALIERA

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

Parte I	<p>La scrivente Azienda Ospedaliera comunica che il/la Dott./Dott.ssa codice fiscale nato/a a (prov.....) il residente (prov.....) cap via ha cessato il rapporto di lavoro in data.....</p>
Parte II	<p>Comunica che la cessazione è dovuta a:</p> <p><input type="checkbox"/> Pensionamento dal <input type="checkbox"/> vecchiaia <input type="checkbox"/> anzianità</p> <p><input type="checkbox"/> Decesso</p> <p><input type="checkbox"/> Cause indipendenti dalla volontà delle parti (es. invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo, ricorso a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria, fallimento, licenziamento da dissesto finanziario)</p> <p><input type="checkbox"/> Cause diverse da quelle di cui ai punti precedenti (es. dimissioni)</p> <p>Ovvero comunica che il dipendente, <u>in costanza del rapporto di lavoro</u>, intende esercitare il diritto al:</p> <p><input type="checkbox"/> Trasferimento della posizione pensionistica ai sensi dell'art. 14, comma 6, del D. Lgs. 252/05.</p>
Parte III	<p><u>Da compilarsi esclusivamente se iscritto ante 28.04.93 ("vecchio iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000</u></p> <ul style="list-style-type: none"> l'aliquota di tassazione del TFR ai sensi dell'art. 19 del TUIR è pari al%. il versamento al Fondo Pensione Medici a carico del dipendente in ciascun anno: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NON HA superato il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR; <input type="checkbox"/> HA superato il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo totale di €
Parte IV	<p><u>Da compilarsi esclusivamente se iscritto post 28.04.93 ("nuovo iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000</u></p> <ul style="list-style-type: none"> il versamento al Fondo Pensione Medici a carico del dipendente in ciascun anno: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NON HA superato il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR; <input type="checkbox"/> HA superato il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo totale di € la riduzione annua spettante al Fondo da applicare in funzione delle quote di TFR versate (Circolare n. 235/98 dell'Agenzia delle Entrate) in ciascun anno è pari ad un totale di €. la percentuale media di TFR versato al Fondo fino al 31/12/2000 è pari al%
Parte V	<p>Si comunica che tutti i contributi dell'aderente sono stati regolarmente versati e l'ultimo versamento al Fondo Pensione Medici di €..... è stato effettuato il (valuta di accredito al beneficiario)</p> <p><i>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 immediatamente restituito all'azienda, che provvederà a liquidare l'importo spettante all'iscritto in altra forma.</i></p>
Parte VI	<p>Allega il seguente modulo di richiesta dell'interessato per le modalità di chiusura della posizione individuale:</p> <p><input type="checkbox"/> Modulo C/P01: Pensionamento <input type="checkbox"/> Modulo C/R01: Riscatto <input type="checkbox"/> Modulo C/F01: Permanenza nel Fondo</p> <p><input type="checkbox"/> Modulo C/D01: Decesso <input type="checkbox"/> Modulo C/T01: Trasferimento</p>

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.