

MODULO SEGNALAZIONE ASSUNZIONE DIPENDENTI

(Da inviare, in originale, ad Arca Fondi SGR S.p.A. - Casella Postale 118 FR CENTRO - 03100 FROSINONE FR)

La scrivente

Ragione Sociale (*) _____ Partita IVA (*) _____

Via _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

Telefono _____ E-mail _____

Comunica le seguenti variazioni relative ai propri dipendenti iscritti al Fondo Pensione Aperto Arca Previdenza:

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

 Codice Fiscale (*) _____ Codice Aderente _____
(se già aderente ad Arca Previdenza)

Data assunzione _____

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

 Codice Fiscale (*) _____ Codice Aderente _____
(se già aderente ad Arca Previdenza)

Data assunzione _____

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

 Codice Fiscale (*) _____ Codice Aderente _____
(se già aderente ad Arca Previdenza)

Data assunzione _____

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

 Codice Fiscale (*) _____ Codice Aderente _____
(se già aderente ad Arca Previdenza)

Data assunzione _____

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

 Codice Fiscale (*) _____ Codice Aderente _____
(se già aderente ad Arca Previdenza)

Data assunzione _____

La scrivente è responsabile della veridicità e correttezza dei dati e delle informazioni fornite con il presente modulo e solleva Arca Fondi SGR S.p.A. da ogni responsabilità in proposito.

 Data

 Timbro e Firma

(*) Informazioni obbligatorie.