

MODULO SEGNALAZIONE CESSAZIONE 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

Dichiara di aver adempiuto a tutti gli obblighi contributivi nel Fondo Pensione Aperto Arca Previdenza a favore dei dipendenti sotto elencati.

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 cessazione

Cognome (\*) | Nome (\*)

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

Data cessazione

Cognome (\*) | Nome (\*)

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

Data cessazione

Cognome (\*) | Nome (\*)

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

Data cessazione

Cognome (\*) | Nome (\*)

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

Data cessazione

Si ricorda che tali variazioni comporteranno l'impossibilità di visualizzare le anagrafiche nel DFPA.

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.