

**MODULO SEGNALE 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 \_\_\_\_\_

Dichiaro 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 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 \_\_\_\_\_

**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.