

## Adesione di familiare fiscalmente a carico

### Il sottoscritto (dati del familiare fiscalmente a carico dell'aderente al Fondo)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

### in qualità di familiare fiscalmente a carico dell'aderente al Fondo (dati dell'aderente al Fondo)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_ )

in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

codice aderente al Fondo pensione CISL \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Dipendente da \_\_\_\_\_  Pensionato/a (barrare la casella interessata)

**Dopo aver preso visione della Nota Informativa e dello Statuto del Fondo Pensione CISL reperibili su [www.fondopensionecisl.it](http://www.fondopensionecisl.it) dichiara:**

- di aderire al Fondo Pensione CISL ;
- che il contributo che l'aderente sceglie di versare per il soggetto fiscalmente a carico sarà indicato all'atto di ciascun versamento da effettuarsi entro il 30 novembre di ciascun anno, previa compilazione dell'apposito modulo (*Versamento volontario per i familiari* reperibile su [www.fondopensionecisl.it](http://www.fondopensionecisl.it)) ai sensi dei punti 4.2 e 4.3 del Regolamento del Fondo;
- il versamento in favore del familiare fiscalmente a carico confluirà nel comparto  
 garantito  bilanciato (barrare la casella interessata)
- di impegnarsi a osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne del Fondo e a fornire tutte le informazioni utili per la costituzione e l'aggiornamento della propria posizione previdenziale;
- sotto la propria responsabilità che quanto qui riportato corrisponde al vero;
- di acconsentire all'utilizzo dell'indirizzo di posta elettronica di cui sopra per tutte le attività utili all'accesso alla mia area riservata, all'invio di documentazione e informazioni

---

riguardanti la mia posizione di previdenza complementare nel rispetto delle previsioni del Regolamento UE2016/679;

- di aver preso visione del trattamento dei dati che sarà esercitato ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, del D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i., come da informativa ricevuta in fase di adesione e disponibile anche sul sito [www.fondopensionecisl.it/documenti-fondo](http://www.fondopensionecisl.it/documenti-fondo) .

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma del **familiare** fiscalmente a carico dell'aderente  
al Fondo

(se minorenni firma di chi ne esercita la potestà o di  
chi ne ha la tutela)

n.b. firma leggibile

\_\_\_\_\_

Firma dell'**aderente** al Fondo

n.b. firma leggibile

\_\_\_\_\_

### **Modalità operative**

Inviare la seguente documentazione a [fondopensioni@cisl.it](mailto:fondopensioni@cisl.it) o [fondopensioni@pec.cisl.it](mailto:fondopensioni@pec.cisl.it) :

- presente modulo
- copia documento valido e tessera sanitaria del familiare fiscalmente a carico dell'aderente
- copia documento valido e tessera sanitaria dell'aderente
- copia documento valido e tessera sanitaria del genitore o tutore che firma in caso di minorenni