
Versamento volontario per familiari fiscalmente a carico**Il/la sottoscritto/a**

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)**dichiara**

che in data _____ ha versato a titolo di versamento volontario a favore del proprio familiare fiscalmente a carico, di cui sotto, l'importo di € _____

Dati del familiare fiscalmente a carico:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. (_____) il _____

residente a _____ prov. (_____) _____

in via/piazza _____ n. _____ codice fiscale _____

Il sottoscritto, dopo aver preso visione della Nota Informativa e dello Statuto del Fondo Pensione Cisl,
dichiara

- di aderire al Fondo Pensione Cisl;
- che il versamento in favore del familiare fiscalmente a carico dovrà confluire nel comparto indicato all'atto dell'adesione o risultante dalle successive comunicazioni di variazione del comparto;
- che si impegna a osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione previdenziale;
- che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Data _____ Firma _____

Modalità operative:

- i **bonifici** vanno eseguiti a favore del FONDO PENSIONE CISL conto presso BANCA POPOLARE DI SONDRIO – AGENZIA N. 37 codice IBAN IT54W0569603237000002222X49 con causale "Versamento volontario per il familiare a carico *Nome Cognome Codice fiscale*"
- compilare questo modulo e inviarlo insieme alla copia del bonifico a fondopensioni@cisl.it o fondopensioni@pec.cisl.it .

Il trattamento dei dati sarà 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, disponibile anche sul sito www.fondopensionecisl.it/documenti-fondo .