

RICHIESTA DI ISCRIZIONE/MODIFICA DATI DELLA SOCIETÀ/DELL'ENTE

(datore di lavoro)

Questo modulo deve essere inviato e/o consegnato a:
Fondo Pensione Laborfonds c/o il Service Amministrativo Pensplan Centrum S.p.A.
Via della Mostra 11/13 – 39100 Bolzano oppure Via Gazzoletti 2 – 38122 Trento.
In alternativa a mezzo fax al n. 0471 317666 oppure via email all'indirizzo: info@laborfonds.it

La/Lo scrivente Società/Ente			
con sede in		prov.	CAP
via		n.	
partita IVA		codice fiscale	
tel.	fax	cell.	
e-mail			
con (eventuale) sede di lavoro in			
prov.		CAP	
via		n.	
tel.	fax	cell.	
e-mail			
referente Laborfonds			
contratto/accordo collettivo/plurimo applicato (settore/categoria)			
		<input type="checkbox"/> Pubblico¹ <input type="checkbox"/> Privato¹	
indirizzo corrispondenza			
via		n.	prov. CAP

Si **autorizza** il Fondo Pensione Laborfonds a inserire in anagrafica il/la seguente consulente/associazione (laddove tale attività non fosse già stata espletata dalla Società/dall'Ente):

denominazione/ragione sociale			
località		prov.	CAP
via		n.	
partita IVA		codice fiscale	
tel.	fax	e-mail	
referente Laborfonds			

e ad associarlo/a all'azienda (laddove non avesse già proceduto la Società stessa/l'Ente stesso)².
Lo/La stesso/a consulente/associazione verrà associato anche alla/o nuova/o società/ente (a seguito di fusione, cambio partita iva, cessione dipendenti/ramo d'azienda).

¹ Si intende ai fini della previdenza complementare.

² Nell'eventualità il datore di lavoro non fosse associato all' consulente/associazione, questo/a non ha la facoltà di stampare il modulo di adesione per i lavoratori dipendenti dell'azienda interessata.



chiede

- ☐ **l'iscrizione nel database di Laborfonds** (allegare documento che attesti la correttezza dei dati, es. copia dell'atto di visura camerale o attribuzione del codice fiscale)

oppure comunica

- ☐ **la nuova denominazione – ragione sociale**
- ☐ **la nuova forma giuridica**
- ☐ **la nuova partita IVA dal** (allegare documento che attesti la correttezza dei dati, es. copia dell'atto di visura camerale o attribuzione del codice fiscale e lista dei lavoratori indicando il codice fiscale)

Società/Ente <input type="text"/>	
con sede in <input type="text"/>	prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>
via <input type="text"/> n. <input type="text"/>	
partita IVA <input type="text"/> codice fiscale <input type="text"/>	
tel. <input type="text"/>	fax <input type="text"/> cell. <input type="text"/>
e-mail <input type="text"/>	
con (eventuale) sede di lavoro in <input type="text"/>	
prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>	
via <input type="text"/> n. <input type="text"/>	
tel. <input type="text"/> fax <input type="text"/> cell. <input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>	
referente Laborfonds <input type="text"/>	
contratto/accordo collettivo/plurimo applicato (settore/categoria)	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pubblico ³ <input type="checkbox"/> Privato ³

³ Si intende ai fini della previdenza complementare.



- ☐ **la fusione mediante incorporazione della scrivente nella/nello società/ente sottoindicata/o dal** **(allegare copia dell'atto di visura camerale o attribuzione del codice fiscale e lista dei lavoratori indicando il codice fiscale)**

Società/Ente <input type="text"/>	
con sede in <input type="text"/>	prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>
via <input type="text"/> n. <input type="text"/>	
partita IVA <input type="text"/> codice fiscale <input type="text"/>	
tel. <input type="text"/>	fax <input type="text"/> cell. <input type="text"/>
e-mail <input type="text"/>	
con (eventuale) sede di lavoro in <input type="text"/> prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>	
via <input type="text"/> n. <input type="text"/>	
tel. <input type="text"/>	fax <input type="text"/> cell. <input type="text"/>
e-mail <input type="text"/>	
referente Laborfonds <input type="text"/>	
contratto/accordo collettivo/plurimo applicato (settore/categoria)	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pubblico⁴ <input type="checkbox"/> Privato⁴

⁴ Si intende ai fini della previdenza complementare.



- ☐ **la cessione di ramo d'azienda/il passaggio diretto di n. lavoratori di seguito elencati nella/nello società/ente sottoindicata/o dal (allegare lista dei lavoratori indicando il codice fiscale)**

Società/Ente <input type="text"/>	
con sede in <input type="text"/>	prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>
via <input type="text"/> n. <input type="text"/>	
partita IVA <input type="text"/>	codice fiscale <input type="text"/>
tel. <input type="text"/>	fax <input type="text"/> cell. <input type="text"/>
e-mail <input type="text"/>	
con (eventuale) sede di lavoro in <input type="text"/> prov. <input type="text"/> CAP <input type="text"/>	
via <input type="text"/> n. <input type="text"/>	
tel. <input type="text"/> fax <input type="text"/> cell. <input type="text"/>	
e-mail <input type="text"/>	
referente Laborfonds <input type="text"/>	
contratto/accordo collettivo/plurimo applicato (settore/categoria) <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Pubblico ⁶ <input type="checkbox"/> Privato ⁶	

per i seguenti motivi (es.: cessione di ramo d'azienda, scissione, ecc.):

- ☐ **il nuovo contratto/accordo collettivo/plurimo applicato per tutti i lavoratori o per quelli di seguito elencati dal (allegare lista dei lavoratori indicando il codice fiscale)**
- + contratto/ accordo collettivo/plurimo di lavoro (settore/categoria)**

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pubblico ⁶ <input type="checkbox"/> Privato ⁶
----------------------	--

⁵ Si intende mantenuta l'anzianità retributiva da parte del nuovo datore di lavoro indipendentemente dall'erogazione del TFR.

⁶ Si intende ai fini della previdenza complementare.



☐ **il nuovo indirizzo della sede legale**

con sede in	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
via	<input type="text"/>			n.	<input type="text"/>
partita IVA	<input type="text"/>	codice fiscale	<input type="text"/>		
tel.	<input type="text"/>	fax	<input type="text"/>	cell.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>				
referente Laborfonds	<input type="text"/>				

☐ **il nuovo indirizzo della/e sede/i di lavoro**

con sede in	<input type="text"/>	prov.	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
via	<input type="text"/>			n.	<input type="text"/>
partita IVA	<input type="text"/>	codice fiscale	<input type="text"/>		
tel.	<input type="text"/>	fax	<input type="text"/>	cell.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>				
referente Laborfonds	<input type="text"/>				

☐ **la cessata attività dal**

☐ **il fallimento esecutivo dal** (allegare dichiarazione di fallimento)

Data

Timbro e firma _____