

**ATTESTAZIONE DEL DATORE DI LAVORO IN ORDINE  
ALLA SCELTA COMPIUTA DA UN PROPRIO EX DIPENDENTE  
CIRCA LA DESTINAZIONE DEL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante dell'azienda \_\_\_\_\_ ,  
cod.fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ ,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ,  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
alle proprie dipendenze fino al \_\_\_\_\_ ,

- aveva conferito il \_\_\_\_\_ % del proprio trattamento di fine rapporto ad una forma pensionistica complementare;
  
- aveva mantenuto il proprio trattamento di fine rapporto presso l'azienda ai sensi dell'art. 2120 c.c.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'azienda

\_\_\_\_\_