



Tel. 0471 946 525/551

FAX 0471 946 693

fondopensione@raiffeisen.it

Spett.le

**Cassa Centrale Raiffeisen
dell'Alto Adige SpA**

Via Laurin 1

39100 BOLZANO

COMUNICAZIONE RIATTIVAZIONE CONTRIBUZIONE DIPENDENTI *)

Datore di lavoro o consulente

Il datore di lavoro _____

con sede legale in _____ prov. _____ CAP _____

via. _____ n. _____ P.IVA _____

rappresentato dal consulente _____

comunica

che il/i seguente/i lavoratore/i aderente/i al Raiffeisen Fondo Pensione Aperto sono stati **riassunti** alle proprie dipendenze e che viene **riattivata la contribuzione** al Fondo con la data indicata:

Cognome	Nome	Codice fiscale	Data inizio contribuzione

Ogni lavoratore succitato è stato a tal fine preventivamente interpellato.

Data _____

Timbro e firma _____

***) In caso di riattivazione della contribuzione con altro datore di lavoro, si rende necessario riconfermare l'adesione al Fondo da parte del lavoratore con nuova iscrizione (nuovo modulo di adesione).**