



Richiesta «Contributo di risparmio facoltativo»

1. Generalità della persona assicurata

Numero AS (AVS)

Numero personale

Data di nascita

Cognome

Nome

Cittadinanza

Via / n. civico

NPA

Luogo di domicilio

Indirizzo email (privato)

Numero di telefono (privato)

2. Contributo di risparmio facoltativo

Sì, desidero aumentare il mio contributo individuale di risparmio in ragione del 2%.

La modifica si applica:

- alle nuove adesioni, con effetto retroattivo alla data di assunzione;
- a tutti gli altri casi, a partire dall'anno successivo.

3. Scadenze

Nuove affiliazioni:

La richiesta deve essere inviata alla CPS entro e non oltre il 10 del mese successivo alla data di affiliazione, affinché la modifica sia applicata all'anno in corso. La decisione è valida per tutto l'intero anno corrente.

Persone assicurate attive:

La richiesta deve pervenire alla CPS entro fine novembre, affinché la modifica sia applicata all'anno successivo. La decisione può essere modificata sempre con effetto alla fine dell'anno.

4. Firma

Lugo, data

Firma della persona assicurata

.....