

MODULO DI COMUNICAZIONE ADESIONE IN MODALITÀ TACITA/AUTOMATICA



(Il modulo deve essere firmato dal datore e inviato ad Arca Fondi SGR S.p.A. unitamente ad una copia di un documento di identità in corso di validità)

Spett.le

Arca Fondi SGR S.p.A.

Casella Postale n. **118 FR CENTRO**

CAP **03100** Località **FROSINONE FR**

Compilazione a cura del Collocatore che riceve la richiesta di adesione automatica da parte dell'azienda:

ABI: _____

CAB: _____

La scrivente

Ragione Sociale (*) _____ Partita IVA (*) _____

Via _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____

Telefono _____

Comunica, ai sensi art. 8, del D.Lgs 252/2005, l'adesione in modalità tacita/automatica al Fondo Pensione Aperto Arca Previdenza del proprio dipendente sotto riportato:

Cognome (*) _____ Nome (*) _____

Codice Fiscale (*) _____ Data di nascita (*) _____ Sesso (*) _____

Luogo di nascita (*) _____ Prov. (*) _____

Indirizzo di residenza (*) _____ CAP (*) _____

Comune (*) _____ Prov. (*) _____

Data assunzione lavoratore (*) _____

(*) Informazioni obbligatorie.