

## COMUNICAZIONE DI PERDITA DEI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

Il presente modulo, debitamente compilato, va inviato dall'azienda ad ARTIFOND  
entro 30 gg. dal verificarsi dell'evento

### L'AZIENDA

RAGIONE SOCIALE: \_\_\_\_\_ CCNL: \_\_\_\_\_

PARTITA IVA: \_\_\_\_\_ COD. FISCALE: \_\_\_\_\_

CITTA': \_\_\_\_\_ PROV.: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

VIA: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### COMUNICA CHE

Il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**A FAR DATA DAL:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**A -  HA CESSATO IL RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE per:**

1.  DIMISSIONI;
2.  LICENZIAMENTO INDIVIDUALE;
3.  LICENZIAMENTO COLLETTIVO;
4.  MOBILITA';
5.  FALLIMENTO AZIENDA;
6.  FINE TEMPO DETERMINATO;
7.  INVALIDITA' PERMANENTE CHE COMPORTI LA RIDUZIONE DELLE CAPACITA' DI LAVORO A MENO DI UN TERZO.

**B -  HA CAMBIATO CCNL DI RIFERIMENTO (sempre che tale comunicazione non sia già stata effettuata da tutti gli iscritti dipendenti dall'azienda);**

**C -  HA OTTENUTO LA NOMINA A DIRIGENTE;**

**D -  HA MATURATO I REQUISITI DI PENSIONAMENTO.**

**NOTA BENE: indicare solo una delle opzioni A, B, C oppure D.**

Data compilazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Timbro e firma dell'azienda: