MODULO DI REVOCA

PROSECUZIONE VOLONTARIA DEL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI DA PARTE DEGLI EX DIPENDENTI GIÀ ISCRITTI AL FONDO **IN PENSIONE**

FASIIL
FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA LAVORATORI SERVIZI TESSILI E MEDICI AFFINI

Il sottoscritto .....

Codice FASIIL ..... Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato a..... Prov. ..... Stato..... il .....

Residente in.....CAP .....

Comune..... Prov. ..... Stato.....

Recapito telefonico (abitazione) ..... (ufficio) .....

Cellulare ..... Fax .....

A CONOSCENZA:

- **Dell'art. 8 comma 8) del Regolamento:** "L'ex dipendente già iscritto al Fondo e prosecutore volontario del versamento dei contributi, come disciplinato all'art. 6, comma 4, può revocare la propria scelta mediante la compilazione di apposito modulo reperibile sul sito www.fasiil.it, da presentare a FASIIL entro e non oltre il 31 dicembre dell'anno in corso, data da cui decorrerà l'uscita dal Fondo che provvederà alla cessazione della relativa posizione sul proprio portale. Tale revoca ha efficacia irreversibile e preclude definitivamente la facoltà di richiedere una nuova iscrizione al Fondo."
- **Dell'art. 10 comma 2) del Regolamento:** "Qualora sia stata comunicata la revoca della scelta da parte dell'ex dipendente già prosecutore volontario del versamento dei contributi, non è ammessa la reiscrizione al Fondo."

DICHIARA

Di rinunciare a far data dal 1 gennaio..... alla prosecuzione volontaria a FASIIL per:

IL SOTTOSCRITTO .....

L'INTERO NUCLEO FAMILIARE ☐

il/i seguente/i componente/i del mio nucleo familiare ☐:

Nome e cognome ..... Cod. FASIIL .....

Nome e cognome ..... Cod. FASIIL .....

Nome e cognome ..... Cod. FASIIL .....

Data..... **Firma dell'ex dipendente iscritto principale** .....

Per qualsiasi informazione è a disposizione il **CONTACT CENTER**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 19,30, al numero **051 3542041**