

COMUNICAZIONE DI PERDITA DEI REQUISITI DA COMPILARE A CURA DELL'AZIENDA

La scrivente Società _____

Con sede a _____ Prov _____ CAP _____

Via _____

codice fiscale _____ codice Cometa _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____

comunica che a far data dal ___/___/_____ ha rassegnato le dimissioni / ha cambiato categoria giuridica per nomina dirigente / l'azienda ha cambiato contratto

il/la Sig./Sig.ra _____

codice fiscale _____

Nato/a a _____ Prov _____ il ___/___/_____

residente a _____ Prov _____ CAP _____

Via _____

Associato/a a Cometa dal ___/___/_____ codice Cometa _____

con primo versamento TFR dal ___/___/_____

L'ultimo contributo per il lavoratore è stato inserito o sarà inserito nella distinta relativa al trimestre ____ (1°,2°,3° o 4°) dell'anno _____ e versato in data ___/___/_____

Segnalare eventuali periodi di contribuzioni anomale (es: CIG o CIGS, maternita' facoltativa, leva, aspettativa):

Tipo _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Tipo _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Tipo _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Tipo _____ dal ___/___/_____ al ___/___/_____

Data.....

Timbro e Firma.....



Il modulo deve essere inviato tramite posta all'indirizzo:
FONDO COMETA C/O PREVINET CASELLA POSTALE 176 CAP 31021 MOGLIANO VENETO (TV)