

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)**