



PREV15

Modifica Status Occupazionale

Modifica dello status occupazionale

LA COMPILAZIONE DEL PRESENTE MODULO È RISERVATA AGLI ADERENTI CHE, IN SEDE DI ADESIONE ALLA FORMA PENSIONISTICA, ABBIANO DICHIARATO DI ESSERE INOCCUPATI E CHE, SUCCESSIVAMENTE ALL'ADESIONE, SIANO ENTRATI A FARE PARTE DI UNA DELLE CATEGORIE OCCUPAZIONALI SOTTO ELENcate.

Aderente

Cognome e Nome:

Codice fiscale:

Forma Pensionistica

Nome Fondo Pensione Aperto / Piano Pensionistico Individuale:

.....

Adesione n.

Dichiarazioni dell'Aderente

Il sottoscritto Aderente, sotto la propria responsabilità, **DICHIARA** di essere entrato a fare parte, successivamente all'adesione alla forma pensionistica, di una delle seguenti categorie occupazionali (barrare solo una tra le seguenti opzioni):

DIPENDENTI PRIVATI

<input type="checkbox"/>	Impiegato o operaio di azienda privata	<input type="checkbox"/>	Personale di volo di Compagnia Aerea
<input type="checkbox"/>	Ex dipendente di Azienda Elettrica	<input type="checkbox"/>	Dirigente del settore Industria
<input type="checkbox"/>	Ex dipendente di Azienda Telefonica	<input type="checkbox"/>	Dirigente del settore Commercio, Banche - Assicurazioni

DIPENDENTI PUBBLICI

<input type="checkbox"/>	Forze di Polizia dello Stato	<input type="checkbox"/>	Insegnante
<input type="checkbox"/>	Dipendente statale civile	<input type="checkbox"/>	Militare (Esercito, Aeronautica, Marina)
<input type="checkbox"/>	Dipendente di Ente locale, ASL, Municipalizzata		

ARTIGIANI

<input type="checkbox"/>	Artigiano o autotrasportatore
--------------------------	-------------------------------

COLLABORATORI COORDINATI E CONTINUATIVI

<input type="checkbox"/>	Collaboratore Parasubordinato
--------------------------	-------------------------------

COLTIVATORI DIRETTI, MEZZADRI E COLONI

<input type="checkbox"/>	Coltivatore Diretto Titolare
--------------------------	------------------------------

LIBERI PROFESSIONISTI

<input type="checkbox"/>	Agrotecnico	<input type="checkbox"/>	Avvocato	<input type="checkbox"/>	Biologo
<input type="checkbox"/>	Chimico	<input type="checkbox"/>	Consulte del Lavoro	<input type="checkbox"/>	Dottore Agronomo
<input type="checkbox"/>	Dottore Commercialista	<input type="checkbox"/>	Farmacista	<input type="checkbox"/>	Geologo
<input type="checkbox"/>	Geometra	<input type="checkbox"/>	Giornalista	<input type="checkbox"/>	Giornalista
<input type="checkbox"/>	Ingegnere o Architetto	<input type="checkbox"/>	Medico dell'SSN	<input type="checkbox"/>	Medico libero professionista
<input type="checkbox"/>	Notaio	<input type="checkbox"/>	Perito agrario	<input type="checkbox"/>	Perito Industriale
<input type="checkbox"/>	Psicologo	<input type="checkbox"/>	Ragioniere	<input type="checkbox"/>	Veterinario
<input type="checkbox"/>	Libero professionista				

Dichiarazioni dell'Aderente

COMMERCIANTI

<input type="checkbox"/>	Commerciante o Esercente settore turismo
--------------------------	--

SOCI DI COOPERATIVE DI PRODUZIONE

<input type="checkbox"/>	Socio di Cooperativa
--------------------------	----------------------

ALTRE PROFESSIONI

<input type="checkbox"/>	Amministratore di Società	<input type="checkbox"/>	Imprenditore Agrario
<input type="checkbox"/>	Clero	<input type="checkbox"/>	Altre professioni senza stima di pensione
<input type="checkbox"/>	Professionisti con Partita Iva senza cassa di previdenza		

Documentazione allegata

Copia fronte/retro di documento di identità, firmato ed in corso di validità, e codice fiscale dell'Aderente o del Rappresentante Legale in caso di Aderente incapace di agire.

Luogo e Data

X

Firma Aderente
(o Rappresentante Legale in caso di Aderente incapace di agire)