



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"/>	Consulente 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)