# RICHIESTA MODULO DI ADESIONE

## CCPL PERSONALE DOCENTE DELLA SCUOLA A CARATTERE STATALE DELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Il/La sottoscritto/a ……
*cognome* *nome*

nato/a a ……..prov. ……...CAP ……..stato ……..

il ……/……/……, residente a ……prov. ……. CAP ……

via …….. n. ……tel. ……..……..

domiciliato/a a (se diverso dalla residenza) ……..…… prov. ……. CAP ……..……

via …….. n. ……tel. ……..……..

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

numero matricola |_|_|_|_|_|_|

**in alternativa alla contribuzione minima sceglie di versare la seguente percentuale:**

❒ in servizio alla data del 31.12.2000 ❒ 2% ❒ 3%

❒ assunto/a dall' 01.01.2001 e personale supplente ❒ 2% ❒ 3% ❒ 4% ❒ 5% ❒ 6% ❒ 7% ❒ 8% ❒ 9% ❒ 10%

**Assunto/a con contratto a:**

❒ tempo indeterminato ❒ tempo determinato di durata non inferiore a 3 mesi continuativi

**chiede di ricevere il modulo di adesione a "Laborfonds", Fondo Pensione Complementare per i lavoratori dipendenti dai datori di lavoro operanti nel territorio del Trentino Alto Adige per il seguente comparto:**

- ❒ **Comparto "Linea garantita"**
- ❒ **Comparto "Linea prudente – etica"**
- ❒ **Comparto "Linea bilanciata"**
- ❒ **Comparto "Linea dinamica"**

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Presa visione dell'informativa di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, acconsente, a norma dell'articolo 23 del decreto stesso,

- al trattamento dei dati personali che riguardano il/la sottoscritto/a, funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate nella predetta normativa, che li possano sottoporre a trattamenti aventi le finalità indicate sulla medesima normativa od obbligatori per legge;
- alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi amministrativi, contabili, informatici e di archiviazione;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato sulla predetta normativa.

Rimane fermo che il consenso del/la sottoscritto/a è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

data ……..……..…… firma ……

## DATI RIGUARDANTI IL DATORE DI LAVORO

denominazione e ragione sociale **P.A.T - SERVIZIO PER LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE DELLA SCUOLA E DELLA FORMAZIONE**

codice fiscale **I0I0I0I0I0I3I3I7I4I6I0I2I2I4IAI6I** partita IVA **I0I0I3I3I7I4I6I0I2I2I4IAI6I**

con sede in **TRENTO**……prov. **TN**…….. CAP **38100**……

via **GILLI**……n. **3**……tel. ……

sede di lavoro (se diversa) …….. prov……..CAP ……

via ……n. …… tel. ……

referente per Laborfonds ……tel. …….. e-mail .....

*cognome* *nome*