

Modulo Ci

Modifica della contribuzione aggiuntiva

Il presente modulo va fatto pervenire al Fondo, all'Inpdap e alla Dpsv, **entro il 15 ottobre** di ciascun anno. La variazione contributiva decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Al Fondo Scuola Espero
Via Fiume Giallo, 3
00144 - ROMA
All' INPDAP
Sede di.....
Alla DPSV del Tesoro
di.....

Io sottoscritto/a:

.....
cognome nome

nato/a.....il.....
città provincia Stato

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | già iscritto al Fondo Scuola Espero,

☐ **assunto/a con contratto a tempo indeterminato (anche part-time) presso la pubblica amministrazione prima del 1.01.01,**

☐ scelgo di versare in aggiunta alla contribuzione obbligatoria il seguente contributo mensile 1% ☐ 2% ☐

☐ scelgo di aumentare il contributo mensile aggiuntivo a mio carico portandolo al 2% ☐

☐ scelgo di diminuire il contributo mensile aggiuntivo a mio carico portandolo al 1% ☐

☐ scelgo di non versare più il contributo mensile aggiuntivo a mio carico

ovvero

☐ **assunto/a con contratto a tempo indeterminato (anche part-time) presso la pubblica amministrazione dopo il 31.12.2000,**

☐ **assunto/a presso la pubblica amministrazione con contratto a tempo determinato, in corso o successivo al 30.05.00, di durata non inferiore a 3 mesi continuativi**

☐ **lavoratore facente parte delle categorie di cui all'art. 5, comma 2 lett. B) (dipendente delle Organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo istitutivo del Fondo ovvero dei contratti collettivi nazionali di lavoro di cui alla lettera precedente, compresi i dipendenti in aspettativa sindacale ai sensi dell'art. 31**

☐ scelgo di versare in aggiunta alla contribuzione obbligatoria il seguente contributo mensile:

1% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 6% ☐ 7% ☐ 8% ☐ 9% ☐ 10% ☐

☐ scelgo di aumentare il contributo mensile aggiuntivo a mio carico portandolo al:

2% ☐ 3% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 6% ☐ 7% ☐ 8% ☐ 9% ☐ 10% ☐

☐ scelgo di diminuire il contributo mensile aggiuntivo a mio carico portandolo al:

1% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 6% ☐ 7% ☐ 8% ☐ 9% ☐ 10% ☐

☐ scelgo di non versare più il contributo mensile aggiuntivo a mio carico

Data.....

firma.....