

Spett. le  
Casa di Cura

\_\_\_\_\_

Denominazione

\_\_\_\_\_

Indirizzo

\_\_\_\_\_

Località

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di voler aumentare la propria contribuzione al Fondo Pensione CAIMOP.

Pertanto con la presente Vi autorizza a:

1. Trattenere mensilmente dalle proprie competenze, con decorrenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
la somma di € \_\_\_\_\_ a titolo di contributo supplementare volontario;
2. Versare tale somma al Fondo Pensione CAIMOP, in aggiunta ai contributi obbligatori previsti dal  
vigente CCNL e contestualmente al versamento degli stessi.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Visto Casa di Cura

\_\_\_\_\_

N.B. inviare copia della presente al Fondo Pensione CAIMOP (info@caimop.it ) con il visto della Casa di Cura.