Modulo Ci Scelta o modifica della contribuzione aggiuntiva successivamente all'iscrizione ai sensi dell'art. 23 - comma 3 - dello Statuto

Il presente module va fatto pervenire al Fondo **entro il 15 ottobre** di ciascun anno. La variazione contributiva decorrerà dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Al Fondo Scuola Espero
Via Carcani, 61
00153 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 30.5.00, 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'articolo 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%

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

Data…… firma……..……...