

Modulo Di Richiesta di sospensione della contribuzione per le posizioni di stato previste dall'art. 24 – comma 2 – dello Statuto

Al Fondo Scuola Espero
Via Carcani, 61
00153 ROMA
All'INPDAP
Sede di.....
Alla DPSV del Tesoro
di.....

per il tramite dell'Istituto scolastico

Io sottoscritto/a:

.....
cognome nome

nato/a il
città provincia stato

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

già iscritto al Fondo Scuola Espero

trovandosi nella seguente posizione di stato prevista dall'art. 24 comma 2 dello Statuto:

- malattia
- infortunio
- assenza obbligatoria o facoltativa retribuita per maternità

chiede la

sospensione della contribuzione

dal (gg)____(mm)____(aa)____ **al** (gg)____(mm)____(aa)____

Dichiara di essere a conoscenza del fatto che la sospensione della contribuzione troverà applicazione entro i tre mesi successivi alla data di trasmissione della presente da parte della scuola

Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza del fatto che a norma dell'art. 24 – comma 2 – dello Statuto che la posizione di stato di cui sopra deve permanere per almeno 3 mesi.

Data.....

firma.....