

La variazione deve essere preceduta dalla consegna e presa visione dello Statuto e della presente Nota informativa.

In attuazione degli accordi aziendali, il/la sottoscritto/a:

cognome e nome			
data di nascita	luogo di nascita	provincia	codice fiscale
residenza fiscale	CAP	località	provincia
domicilio (se diverso)	CAP	località	provincia
telefono fisso	telefono cellulare	e-mail	

Letti lo Statuto e la Nota informativa del FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE DIRIGENTI GRUPPO TELECOM ITALIA

### DICHIARA

di voler versare la sua contribuzione distribuendola nei comparti nella seguente misura (una sola scelta):

	Assicurativo	Obbligazionario misto	Bilanciato
A <input type="checkbox"/>	100%	0%	0%
B <input type="checkbox"/>	75%	25%	0%
C <input type="checkbox"/>	75%	0%	25%
D <input type="checkbox"/>	50%	50%	0%
E <input type="checkbox"/>	50%	0%	50%
F <input type="checkbox"/>	25%	75%	0%
G <input type="checkbox"/>	25%	0%	75%
H <input type="checkbox"/>	0%	100%	0%
I <input type="checkbox"/>	0%	75%	25%
L <input type="checkbox"/>	0%	50%	50%
M <input type="checkbox"/>	0%	25%	75%
N <input type="checkbox"/>	0%	0%	100%

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ firma del Dirigente