

## DOMANDA DI RISCATTO DI “PERIODI NON COPERTI DA CONTRIBUZIONE”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ iscritto alla Sezione a

Capitalizzazione Collettiva – Parte A chiede, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni statutarie, il riconoscimento dei sottoindicati periodi ai fini della partecipazione e della contribuzione al Fondo:

1) Servizio Militare di leva o equiparato: (*allegare copia foglio matricolare*)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2) Corso legale di laurea: (*allegare copia di certificato di laurea con indicato l'anno di immatricolazione e la durata del corso legale degli studi*)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3) Servizio prestato presso \_\_\_\_\_: (*allegare dichiarazione dell'Azienda con indicazione periodo di servizio presso il Gruppo*)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

4) Assenze senza sospensione del rapporto di lavoro: (*allegare dichiarazione dell'Azienda con indicazione periodo di assenza*)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Ai fini della richiesta, trasmette in allegato i seguenti documenti:

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto resta in attesa di conoscere l'ammontare del contributo di riscatto che dovrà versare per ottenere il riconoscimento di cui trattasi e le relative modalità di pagamento.

Dichiara inoltre di aver preso atto, visionato e compreso l'Informativa Privacy ai sensi ed agli effetti del Regolamento (UE) 2016/679, pubblicata sul sito [www.fpunicredit.eu](http://www.fpunicredit.eu).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_