

Ripartizione dei contributi tra dipendenti e datore di lavoro

N. di affiliazione : _____

Datore di lavoro / Medico indipendente: _____

RAGIONE SOCIALE IN BASE AL REGISTRO DI COMMERCIO (QUI DI SEGUITO IL DATORE DI LAVORO)

Ragione sociale _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Nome e cognome della persona responsabile _____

MODIFICA DELLA RIPARTIZIONE DEI CONTRIBUTI

Conformemente all'articolo 53 cpv. 3 del regolamento di previdenza della Fondazione AROMED, il contributo dei dipendenti ammonta in linea di principio al 50% dei contributi totali (risparmio, rischio e costi). Su richiesta, mediante modifica del contratto di affiliazione, può essere prevista una partecipazione maggiore da parte del datore di lavoro, ai sensi dell'articolo 66 cpv. 1 della Legge sulla previdenza professionale (LPP).

Con il presente modulo, desideriamo modificare la ripartizione dei pagamenti dei contributi come segue:

Quota di contributo del dipendente: _____ %

+

Quota di contributo del datore di lavoro: _____ % (minimo 50%)

Totale _____ **100 %**

Data di modifica : _____ / _____ / _____

FIRMA/E

Il presente documento serve come modifica del contratto di affiliazione tra il datore di lavoro e la Fondazione AROMED

Luogo e data _____

Firma del rappresentante dei dipendenti _____

Luogo e data _____

Firma del rappresentante del datore di lavoro _____

Luogo e data _____

Timbro e firma/e del datore di lavoro / medico indipendente _____

I suoi dati personali sono trattati in conformità all'informativa sulla privacy disponibile su <https://aromed.ch/it/informativa-sulla-privacy/>. L'informativa sulla privacy descrive in particolare i suoi diritti in relazione al trattamento dei dati e le informazioni di contatto del nostro consulente della protezione dei dati.

