**FAC-SIMILE RICHIESTA CONGUAGLIO DOPPIO PART TIME**

SU CARTA INTESTATA DELL’AZIENDA

Spett. Fondo Est

Ufficio Contributi

Via C. Colombo, 137

00147 ROMA

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………………………………….………………………………

nato/a a:…………………………………………………………………………………Prov.:………..………..il……………………….

C.F. ……………………………………………………………, residente a ………………………..………………Prov………………

in via……………………………………. n……………. cap……………… in qualità di legale rappresentante dell’azienda…………………………………………………………………………………………………………………………………….C.F./Partita Iva……………………………………………………………………… chiede che vengano conguagliati, ai sensi dell’art. 4.2 del Regolamento di Fondo Est, i seguenti periodi contributivi per l’anno …………… relativi ai dipendenti in elenco, in quanto titolari di rapporti di lavoro con l’azienda dal sottoscritto rappresentata e, contemporaneamente, con l’azienda…………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome dipendente | Nome dipendente | C.F. dipendente | Periodi contributivi | |
| da | a |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Data, ……………………………….

Firma

……………………………………

Allegato

* Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del legale rappresentante

**N.B.: la richiesta deve pervenire entro il 30 giugno dell’anno successivo a cui fa riferimento il conguaglio**