

**Pdf compilabile****Cessazione del rapporto di lavoro  
Temporanea sospensione attività e fallimento****La Società**

Denominazione e ragione sociale _____
partita iva _____ cod. fiscale _____
con sede in via _____ n° _____
CAP _____ città/paese _____ prov. _____
tel. _____ e-mail _____

**comunica che:****il/la dipendente**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ n. adesione \_\_\_\_\_

**ha cessato l'attività lavorativa in data** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (dato obbligatorio)**per la seguente motivazione:** cause dipendenti dalla volontà delle parti (*dimissioni, licenziamento, scadenza contratto*) cause NON dipendenti dalla volontà delle parti (*mobilità, fallimento, cassa integrazione*) pensionamento decesso**L'ultima contribuzione a favore dell'aderente sarà relativa al trimestre:** 1° (gennaio-marzo)  2° (aprile-giugno)  3° (luglio-settembre)  4° (ottobre-dicembre)

dell'anno \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

timbro e firma datore di lavoro \_\_\_\_\_