



**FONDO PENSIONE**  
**MONTE DEI PASCHI DI SIENA**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RISCATTO PER INVALIDITA' SUPERIORE AI 2/3**

**FONDO PENSIONE MONTE DEI PASCHI DI SIENA**  
**VIALE TOSELLI 78**  
**53100 S I E N A**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ - e-mail \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DI:  **BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA SpA**  **FRUENDO**  **WI.DI.BA.**

Matr. \_\_\_\_\_ - non cessato / cessato dal servizio il \_\_\_\_\_,

avendo una invalidità' permanente che comporta la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo  
chiedo

**IL RISCATTO TOTALE** - con l'applicazione del regime tributario previsto dall'art. 14 del D.Lgs. 252/2005.

L'importo dovuto va reso disponibile presso  Banca Monte dei Paschi di Siena SpA /  altra Banca:

\_\_\_\_\_

Filiale \_\_\_\_\_ COD. SPORTELLO \_\_\_\_\_

C/C \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

INTESTATO A \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

All.to: Relazione della Commissione medica per l'accertamento della invalidità civile.  
Fotocopia del documento di identità.