

(All. 2)

DA RESTITUIRE A  
 UNIPOL ASSICURAZIONI S.P.A  
 UFFICIO FONDI CHIUSI NEGOZIALI E PIP  
 n. fax 02/51819774  
 e-mail: previdenza.complementare@unipolassicurazioni.it

p.c. AGENZIA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ n fax \_\_\_\_\_

Luogo MILANO data 16/03/2015  
 AZIENDA HT Srl  
 Indirizzo Via Moscova, 13 20121 - Milano  
 Referente Lucia Rana n. tel. 02/9060803

DATA DISPOSIZIONE BONIFICO 16/03/2015  
 PERIODO DI COMPETENZA VERSAMENTO 01-02-15 / 28-02-15

Nome e Cognome Aderente	Codice Fiscale	Importo TFR	Contributo datore di lavoro	Contributo dipendente	Totale
<u>CHRISTIAN ROZZI</u>	<u>P2205941R34F304L</u>	<u>153,30</u>	<u>//</u>	<u>//</u>	<u>153,30</u>