

Da stampare su carta intestata dell'azienda e spedire per raccomandata o fax (064871445)  
entro 15 giorni dalla cessazione del rapporto di lavoro

Spett.le  
FONDO PMI WELFARE MANAGER  
Via Nazionale, 66  
00184 - ROMA

### COMUNICAZIONE DI RISOLUZIONE RAPPORTO DI LAVORO

La sottoscritta Azienda ..... Pos. Fondo PMI WFM.....

con sede, ai fini del presente atto, in ....., CAP.....

Via ....., C.F.....,

**dichiara**

**la risoluzione del rapporto di lavoro, a decorrere dal ....., con il Sig./a:**

(cognome) ..... (nome) .....

nato/a il ..... a ..... C.F. ....,

residente in ..... prov. ...., CAP .....

Via .....

**dichiara,**

**altresì, di aver riconosciuto in favore dello stesso Sig./a .....**

**un periodo di preavviso retribuito che terminerà in data .....**

L'AZIENDA

\_\_\_\_\_

Nota: nel caso in cui sia corrisposta l'indennità sostitutiva del preavviso, sulla stessa dovrà essere conteggiata e versata, al fondo, la relativa contribuzione PMI WFM.