



All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

Sede di _____

Il sottoscritto

Cognome e Nome				Codice fiscale		
Nato il	A (Comune o Stato estero di nascita)				Prov.	
Residente in						
Via/Piazza					Prov.	
Comune			C.A.P.			

CHIEDE L'INTERVENTO DEL FONDO DI GARANZIA DELLA POSIZIONE PREVIDENZIALE COMPLEMENTARE DI CUI ALL'ART. 5 DEL D.LGS. 80/92.

TALE INTERVENTO E' RELATIVO AL SEGUENTE RAPPORTO DI LAVORO:

Data di assunzione (gg/mm/aaaa)			Data di dimissioni /licenziamento (gg/mm/aaaa)			
Ditta						
Indirizzo	Via / Piazza				Prov.	
	Comune			C.A.P.		
Matricola INPS			Codice Fiscale/Partita IVA			
<input type="checkbox"/> FALLIMENTO <input type="checkbox"/> AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA		<input type="checkbox"/> LIQ. COATTA AMMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> CONCORDATO PREVENTIVO		<input type="checkbox"/> NON SOGGETTO A PROCEDURA CONCURSALE AI SENSI DELL'ART. 1 L.F.		
Importo dovuto al Fondo di Previdenza Complementare a titolo di omessa contribuzione: € _____ per il periodo dal al						

Fondo di Previdenza complementare in cui si è verificata l'omissione contributiva

Denominazione Fondo						
Denominazione Società/ Impresa di Assicurazione						
Tipologia Fondo						
Via					Prov.	
C.A.P.		Città				

Fondo di attuale iscrizione (indicare solo se diverso da quello in cui si è verificata l'omissione)

In tal caso indicare la data di trasferimento della posizione

Denominazione Fondo						
Denominazione Società/ Impresa di Assicurazione						
Tipologia Fondo						
Via					Prov.	
C.A.P.		Città				

Luogo e data

FIRMA



Dichiarazione del Legale rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare

Il sottoscritto

Cognome e nome		
In qualità di Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare:		
In forma abbreviata:		
Denominazione Società/ Impresa di Assicurazione		
Tipologia Fondo		
Via		
C.A.P.	Comune	Prov.

Dichiara che

IL FONDO E' ISCRITTO AL N. DELL'ALBO TENUTO DALLA COVIP AI SENSI DELL'ART. 19, COMMA 1, D.LGS 252/05

e che

Cognome		
Nome		
Nato/a il (gg/mm/aaaa)	A (Comune o Stato estero di nascita)	Prov.

ISCRITTO A QUESTO FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE DAL

HA OTTENUTO IL RISCATTO TOTALE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE IN DATA

NON HA RISCATTATO INTEGRALMENTE LA SUA POSIZIONE INDIVIDUALE

L'OMISSIONE CONTRIBUTIVA SI E' VERIFICATA ALL'INTERNO DI QUESTO FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE

L'OMISSIONE CONTRIBUTIVA SI E' VERIFICATA ALL'INTERNO DI ALTRO FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE DAL QUALE IL LAVORATORE HA OTTENUTO IL TRASFERIMENTO DELLA POSIZIONE IN DATA

I CONTRIBUTI PER I QUALI E' STATO RICHIESTO L'INTERVENTO DEL FONDO, SOTTO INDICATI NEL DETTAGLIO, SONO DOVUTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI PENSIONISTICHE COMPLEMENTARI COMPRESSE QUELLE AI SUPERSTITI ED ESCLUSE LE PRESTAZIONI PER INVALIDITA' ED INABILITA' (ART. 5, COMMA 1, D.LGS. 80/92).

ANNO	dal		al		€
ANNO	dal		al		€
ANNO	dal		al		€
ANNO	dal		al		€
TOTALE					

DI NON AVER RICEVUTO ACCONTI;

DI AVER RICEVUTO ACCONTI PER € _____; DI CONSEGUENZA RESIDUANO DA VERSARE € _____.

..... Li

TIMBRO E FIRMA

**Dichiarazione del responsabile della procedura concorsuale**

Il sottoscritto

Cognome e nome			
In qualità di responsabile della procedura concorsuale della Ditta		Matricola INPS	
Aperta in data		dal Tribunale di	
il cui stato passivo è divenuto esecutivo il : (in caso di Concordato Preventivo indicare la data del decreto/sentenza di omologazione)		Procedura concorsuale chiusa: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI il _____	

Domiciliato per tale carica al seguente indirizzo

Comune		Prov.	
Via/Piazza			
C.A.P.		Telefono	

Dichiara che

Cognome			
Nome			
Nato/a il		A (Comune o Stato estero di nascita)	Prov.
Assunto in data		Dimesso/licenziato il	
E' iscritto al N.		dello stato passivo per l'importo di € _____ dovuto a titolo di omessa contribuzione alla previdenza complementare	

La contribuzione omessa doveva essere versata al sotto riportato Fondo di Previdenza Complementare

Denominazione Fondo			
Denominazione Società/ Impresa di Assicurazione			
Tipologia Fondo			
Via			Prov.
C.A.P.	Città		

DAGLI ATTI DELLA PROCEDURA RISULTA CHE LA CONTRIBUZIONE OMESSA RIGUARDA I PERIODI DI LAVORO DI SEGUITO INDICATI:

ANNO _____	dal _____	al _____	€ _____
ANNO _____	dal _____	al _____	€ _____
ANNO _____	dal _____	al _____	€ _____
ANNO _____	dal _____	al _____	€ _____
TOTALE			

- DI NON AVER CORRISPOSTO ALCUNA SOMMA PER I TITOLI DI CUI SOPRA.
- DI AVER CORRISPOSTO, A TITOLO DI CONTRIBUZIONE RELATIVA AI PERIODO DI CUI SOPRA, LA SOMMA DI € _____; DI CONSEGUENZA RESIDUANO DA VERSARE € _____.

..... Li

TIMBRO E FIRMA