

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					
Comune		Prov.		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				
	Comune		Prov.		C.A.P.
Matricola INPS		Codice Fiscale/Partita IVA			
<input type="radio"/> FALLIMENTO <input type="radio"/> LIQ. COATTA AMMINISTRATIVA <input type="radio"/> NON SOGGETTO A PROCEDURA CONCURSALE AI SENSI DELL'ART. 1 L.F. <input type="radio"/> AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA <input type="radio"/> CONCORDATO PREVENTIVO					
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					
C.A.P.		Città		Prov.	

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					
C.A.P.		Città		Prov.	

Luogo e data

FIRMA

_____, _____