



Domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92. - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI _____

Il sottoscritto

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO * _____ CELLULARE * _____

Chiede

l'intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92 per le omissioni contributive attuate da:

Dati del datore di lavoro insolvente

Nome o ragione sociale _____

Matricola Inps / codice fiscale / partita IVA _____ con sede in _____

cap _____ via / piazza _____

☐ Il datore di lavoro è sottoposto alla procedura concorsuale di seguito indicata

- ☐ FALLIMENTO ☐ LIQUIDAZIONE COATTA AMMINISTRATIVA
- ☐ AMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA ☐ CONCORDATO PREVENTIVO

☐ Il datore di lavoro non è soggetto a procedura concorsuale.

Dati relativi al rapporto di lavoro

data di assunzione (gg/mm/aaaa) _____ data di dimissioni / licenziamento (gg/mm/aaaa) _____

Importo dovuto al Fondo di Previdenza Complementare a titolo di omessa contribuzione:

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Anno _____ dal (gg/mm) _____ al (gg/mm) _____ € _____

Totale _____



Domanda di intervento del fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92. - 2/2

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

Denominazione Fondo _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____

Via _____

Città _____ Prov. _____ C. A. P. _____

● 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 (gg/mm/aaaa) _____

Denominazione Fondo _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____

Via _____

Città _____ Prov. _____ C. A. P. _____

● il sottoscritto dichiara di non aver riscattato integralmente la sua posizione individuale

_____ data _____ Firma _____

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____ Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.