



PROTOCOLLO



Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 1/2

Questa dichiarazione, compilata e firmata dal legale rappresentante del Fondo di previdenza complementare destinatario della contribuzione, deve essere consegnata dal lavoratore in allegato alla domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare (modulo PPC/D SR97) di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92".

Il sottoscritto

COGNOME

NOME

In qualità di legale rappresentante

del Fondo di Previdenza Complementare:

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione

Tipologia Fondo

Via

Città Prov. C. A. P.

Dichiara che

il fondo è iscritto al n. dell'albo tenuto dalla COVIP ai sensi dell'art. 19, comma 1, d.lgs 252/05

e che

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA

A

PROV.

STATO

iscritto a questo fondo di previdenza complementare dal (gg/mm/aaaa)

- ha ottenuto il riscatto totale della posizione individuale in data (gg/mm/aaaa)
- non ha riscattato integralmente la sua posizione individuale
- l'omissione contributiva si è verificata all'interno di questo fondo di previdenza complementare
- l'omissione riguarda contributi dovuti per l'erogazione di prestazioni pensionistiche complementari comprese quelle ai superstiti ed escluse le prestazioni per invalidità ed inabilità (art. 5 comma 1, d.lgs. 80/92).
- di non aver ricevuto acconti;
- di aver ricevuto acconti per €

data

Timbro e firma





Dichiarazione del Legale Rappresentante del Fondo di Previdenza Complementare - 2/2

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

da compilare nel caso in cui il Fondo si sia insinuato nello stato passivo del datore di lavoro insolvente o abbia agito in giudizio per il recupero dell'omissione contributiva

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			_____

in conseguenza degli acconti ricevuti residuano da versare € _____

_____ data _____

Timbro e firma

