

PROTOCOLLO



## Dichiarazione del responsabile della procedura concorsuale - 1/2

Questa dichiarazione, compilata e firmata dal responsabile della procedura, deve essere consegnata dal lavoratore in allegato alla domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare (modulo PPC/D SR 97) di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92.

### Il sottoscritto

COGNOME  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  NO  SI il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

### Domiciliato per tale carica al seguente indirizzo

COMUNE  PROV.   
INDIRIZZO  CAP   
TELEFONO\*  CELLULARE\*   
INDIRIZZO E-MAIL\*  \* dati facoltativi

### Dichiara che dalla documentazione in suo possesso risulta quanto segue:

COGNOME  NOME   
CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA   
A  PROV.  STATO   
ASSUNTO IN DATA  DIMESSO/LICENZIATO IL

è iscritto al n° \_\_\_\_\_ dello stato passivo per l'importo di € \_\_\_\_\_ dovuto a titolo di omessa contribuzione al Fondo di Previdenza Complementare di seguito indicato:

Denominazione Fondo \_\_\_\_\_

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione \_\_\_\_\_

per i seguenti periodi di lavoro:

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			_____



## Dichiarazione del responsabile della procedura concorsuale - 2/2

da compilare in alternativa alla sezione precedente

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

Il Fondo \_\_\_\_\_  
 Denominazione Società / Impresa di Assicurazione \_\_\_\_\_  
 è iscritto al n° \_\_\_\_\_ dello stato passivo per l'importo di € \_\_\_\_\_ di cui € \_\_\_\_\_  
 dovuti a titolo di omessa contribuzione alla Previdenza Complementare per il lavoratore di seguito indicato:

<input type="radio"/>	COGNOME	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	NOME	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
<input type="radio"/>	A	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	PROV.	<input type="text"/>
			<input type="radio"/>	STATO	<input type="text"/>

- di non aver corrisposto alcuna somma per i titoli di cui sopra
- di aver corrisposto, a titolo di contribuzione relativa al periodo di cui sopra, la somma di € \_\_\_\_\_  
 di conseguenza residuano da versare € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Timbro e firma