

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

Dichiarazione da allegare alla domanda telematica Fondi di Garanzia nel caso sia richiesto l'intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare di cui all'art. 5 del d.lgs. 80/92. Il modulo deve essere compilato e firmato dal legale rappresentante del Fondo di previdenza complementare destinatario della contribuzione. Se il fondo destinatario della contribuzione è diverso da quello in cui si è verificata l'omissione contributiva, presentare anche la dichiarazione di quest'ultimo fondo.

● Lo sottoscritto

COGNOME

NOME

● In qualità di legale rappresentante

del Fondo di Previdenza Complementare: _____

Denominazione Società / Impresa di Assicurazione _____

Tipologia Fondo _____ iscritto al n. _____ dell' albo tenuto dalla COVIP ai sensi dell'art. 19, comma 1, d.lgs 252/05

in relazione alla domanda di intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare presentata da

COGNOME

NOME

CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA

A

PROV.

STATO

per le omissioni contributive attuate da _____ nel periodo dal _____ al _____

● Dichiaro che

il lavoratore sopra indicato è iscritto a questo fondo di previdenza complementare dal (gg/mm/aaaa) _____

- ha ottenuto il riscatto totale della posizione individuale in data (gg/mm/aaaa) _____ (per riscatto totale deve intendersi la riscossione dell'intero capitale presente sulla posizione del lavoratore alla data indicata)
- non ha riscattato integralmente la sua posizione individuale
- l'omissione contributiva per la quale il lavoratore ha chiesto l'intervento del Fondo di garanzia 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) (dichiarazione da rendere da parte del Fondo in cui si è verificata l'omissione contributiva)
- di non aver ricevuto pagamenti a parziale copertura della predetta omissione contributiva
- di aver ricevuto pagamenti per € _____ a parziale copertura dell'omissione contributiva del periodo _____

Luogo _____ data _____

Timbro e firma



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

● Dettaglio della contribuzione non versata dal datore di lavoro insolvente

(campo da compilare quando il Fondo di previdenza complementare 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 €

Luogo data Timbro e firma

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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 ossequio dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.

