



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 SR97) 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

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:

COGNOME NOME
 CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
 A PROV. STATO

- 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