



## 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) _____	€ _____
<b>Totale</b> _____	



## 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