

RICEZIONE DELLA DOMANDA <input type="checkbox"/>	UFFICIO AMMINISTRATIVO <input type="text"/>	CASO N. <input type="text"/>
RICEZIONE DELLA DOMANDA <input type="checkbox"/>	UFFICIO DI PAGAMENTO <input type="text"/>	ESAMINATO DA <input type="text"/>

NON COMPILARE L'INTESTAZIONE DEL MODULO

si prega di compilare in stampatello!

1. Dati relativi alla persona

Dati personali

UOMO <input type="checkbox"/>	DONNA <input type="checkbox"/>	NUMERO AVS <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>
CONIUGATO / A <input type="checkbox"/>	CELIBE / NUBILE <input type="checkbox"/>	DIVORZIATO / A <input type="checkbox"/>	VEDOVO / A <input type="checkbox"/>
PENSIONAMENTO PREVISTO IL <input type="text"/>			
COGNOME <input type="text"/>		NOME <input type="text"/>	
NAZIONALITÀ <input type="text"/>			

Domicilio, contatto

VIA <input type="text"/>	CANTONE / PAESE <input type="text"/>		
NPA <input type="text"/>	LOCALITÀ <input type="text"/>		
TELEFONO <input type="text"/>	CELLULARE <input type="text"/>		
FAX <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>		
IL DOMICILIO IN SVIZZERA VIENE MANTENUTO <input type="checkbox"/>	IL DOMICILIO VIENE TRASFERITO ALL'ESTERO <input type="checkbox"/>	DATA DEL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO <input type="text"/>	
DESIDERO RICEVERE LA CORRISPONDENZA IN <input type="checkbox"/>	TEDESCO <input type="checkbox"/>	FRANCESE <input type="checkbox"/>	ITALIANO <input type="checkbox"/>

Congiunti

Coniuge

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>
---------------------------------	------------------------------	---

Figli/e con meno di 25 anni

COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>
COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>
COGNOME <input type="text"/>	NOME <input type="text"/>	DATA DI NASCITA <input type="text"/>

Periodi

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

VIA

N P A

LOCALITÀ

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

PROFESSIONE

PERSONA DI CONTATTO

TELEFONO / E-MAIL

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

VIA

N P A

LOCALITÀ

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

PROFESSIONE

PERSONA DI CONTATTO

TELEFONO / E-MAIL

3. Attività / funzione come personale con funzioni direttive

Negli ultimi 20 anni ha esercitato un'attività / una funzione elencata nel promemoria «PERSONALE CON FUNZIONI DIRETTIVE»?

SÌ NO

In caso affermativo

ATTIVITÀ / FUNZIONE

AZIENDA

DAL / AL

ATTIVITÀ / FUNZIONE

AZIENDA

DAL / AL

Negli ultimi 20 anni ha avuto una partecipazione finanziaria di almeno il 20% in un'azienda in cui ha esercitato un'attività lavorativa?

SÌ NO

In caso affermativo

PARTECIPAZIONE IN %

AZIENDA

DAL / AL

PARTECIPAZIONE IN %

AZIENDA

DAL / AL

4. Reddito attuale

Si prega di contrassegnare tutte le prestazioni attualmente percepite e di allegare i documenti indicati!

<input type="checkbox"/>	Salario Allegare le copie di tutti i conteggi salariali dell'anno in corso e di un conteggio salariale per ciascuno dei due anni precedenti e i certificati di salario dei due anni precedenti		
<input type="checkbox"/>	Indennità giornaliera di malattia Allegare i conteggi dell'anno in corso (copie)	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indennità giornaliera per infortunio Allegare tutti i conteggi dell'anno in corso (copie)	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rendita d'invalidità (AI) Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rendita d'invalidità (SUVA) Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rendita d'invalidità (cassa pensioni) Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indennità di disoccupazione Allegare tutti i conteggi dell'AD dell'anno in corso (copie)	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Altre rendite (incluso rendite straniere) Allegare le copie delle decisioni di assegnazione della rendita o delle rendite	QUALI / DAL	<input type="text"/>

Ha presentato richiesta per una rendita d'invalidità svizzera o straniera o per una rendita di vecchiaia straniera?

<input type="checkbox"/>	SI	Allegare la conferma di ricezione e l'eventuale ulteriore corrispondenza (copie) delle assicurazioni interessate	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--	--------------------------	----

Consegue da più di tre anni un guadagno supplementare realizzato esercitando regolarmente un'occupazione estranea al settore dell'edilizia principale?

<input type="checkbox"/>	SI	Copie degli ultimi tre certificati di salario per la dichiarazione d'imposta o decisione della cassa di compensazione per persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente.	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--	--------------------------	----

5. Cassa pensioni

A quale cassa pensioni è affiliato il suo attuale datore di lavoro? (allegare la copia del certificato d'assicurazione più recente della cassa pensioni!)

NOME CP

Potrà mantenere la sua affiliazione a tale cassa pensioni al momento del pensionamento anticipato?

<input type="checkbox"/>	SI	
<input type="checkbox"/>	NO	Qualora non possa mantenere la sua affiliazione, la preghiamo di verificare cosa accadrà con il suo capitale previdenziale e di darcene comunicazione al più tardi all'atto della presentazione della Domanda definitiva per l'ottenimento della rendita della Fondazione FAR (alla presente richiesta di prestazioni è allegata una scheda informativa che illustra le varie possibilità).

6. Allegati

SI PREGA DI CONTRASSEGNARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA!

<input type="checkbox"/>	ESTRATTO DEL CONTO INDIVIDUALE AVS	<input type="checkbox"/>	COPIA DI UN CONTEGGIO SALARIALE PER CIASCUNO DEI DUE ANNI PRECEDENTI	<input type="checkbox"/>	ULTIMO CERTIFICATO D'ASSICURAZIONE DELLA CASSA PENSIONI
<input type="checkbox"/>	CONTEGGI SALARIALI DELL'ANNO IN CORSO	<input type="checkbox"/>	DECISIONE/I E CONTEGGIO/I DELLA CD	<input type="checkbox"/>	CONTRATTI / CERTIFICATI DI LAVORO
<input type="checkbox"/>	CERTIFICATI DI SALARIO DEI DUE ANNI PRECEDENTI	<input type="checkbox"/>	DECISIONE/I E CONTEGGIO/I SULLE ATTUALI PRESTAZIONI ASSICURATIVE	<input type="checkbox"/>	ALTRO
				NUMERO	<input type="text"/>

7. Conferma dei dati

Confermo la completezza e la correttezza di tutti i dati riportati sul modulo. Prendo atto che eventuali indicazioni mancanti o non rispondenti al vero possono comportare una riduzione delle prestazioni o una richiesta di restituzione di prestazioni già percepite. Resta inoltre riservata l'azione penale.

LUOGO, DATA

FIRMA