



**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445) da compilare a cura del  
lavoratore richiedente l'intervento del Fondo di garanzia  
della posizione previdenziale complementare - 1/2**

Dichiarazione da allegare al modello PPC/D (SR97) nel caso in cui il datore di lavoro non sia assoggettabile a procedura concorsuale ed il lavoratore abbia esperito azione esecutiva individuale

Il sottoscritto

**NOME**  **COGNOME**   
 **CODICE FISCALE**  **NATO/A IL**  GG/MM/AAAA   
 **A**   **PROV.**   **STATO**   
 **RESIDENTE IN**   **PROV.**   **STATO**   
 **INDIRIZZO**   **CAP**   
 **TELEFONO \***   **CELLULARE \***   
 **INDIRIZZO E-MAIL\***

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia e che, in caso di dichiarazioni risultate non veritiere, il dichiarante, oltre ad incorrere nelle sanzioni previste, decade dai benefici conseguenti ai provvedimenti emanati in base a tali dichiarazioni;

**Dichiara**

che i dati relativi al rapporto di lavoro intercorso con la ditta sotto indicata sono i seguenti:

Data di assunzione (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Data di dimissioni /licenziamento (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Ditta \_\_\_\_\_

Via / Piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C. A. P. \_\_\_\_\_

Matricola Inps \_\_\_\_\_ Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

Che i dati relativi all'omesso versamento della contribuzione dovuta al Fondo di Previdenza complementare \_\_\_\_\_ sono i seguenti:

Importo totale dovuto a titolo di omessa contribuzione al Fondo di previdenza complementare: € \_\_\_\_\_

Periodi di omessa contribuzione e relativi importi:

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 \_\_\_\_\_

Che in esito alle azioni esecutive compiute nei confronti del datore di lavoro il suo credito per i contributi dovuti al Fondo di previdenza complementare è rimasto:

- completamente insoddisfatto;
- parzialmente soddisfatto avendo riscosso € \_\_\_\_\_ ;
- parzialmente soddisfatto essendo stati versati € \_\_\_\_\_ al Fondo di previdenza complementare indicato ai punti precedenti.

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

Firma \_\_\_\_\_

Allegare copia documento di identità

\* dati facoltativi



## Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445) da compilare a cura del lavoratore richiedente l'intervento del Fondo di garanzia della posizione previdenziale complementare - 2/2

Dichiarazione da allegare al modello PPC/D (SR97) nel caso in cui il datore di lavoro non sia assoggettabile a procedura concorsuale ed il lavoratore abbia esperito azione esecutiva individuale

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data \_ \_ \_ \_ \_

Firma \_ \_ \_ \_ \_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "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 osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it).

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.