

**Ufficio previdenza**

Via C. Ghiringhelli 7, 6501 Bellinzona  
Tel. 091 814 40 61, Fax 091 814 44 22  
ipct@ti.ch, www.ipct.ch

## NOTIFICA DI ASSUNZIONE DI UN NUOVO DIPENDENTE

■ **Datore di lavoro**

Ragione sociale – indirizzo – e-mail – no. tel – persona di riferimento	No datore di lavoro
---	---------------------

■ **Dati anagrafici della persona assicurata**

Cognome	Nome	Data di nascita
N. assic. sociale (AVS 13 cifre)	Nazionalità	
Indirizzo	NAP Luogo	e-mail
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> divorziato/a		Dal (data)
Cognome e Nome del coniuge / Partner registrato / Ex coniuge	Data di nascita	Nazionalità

■ **Trasferimento della prestazione di libero passaggio (PLP)**

*In applicazione della Legge federale sul libero passaggio nella previdenza professionale (LFLP)*

Istituto di previdenza precedente / conto di libero passaggio: nome – indirizzo – (allegare ev. documentazione)		Senza PLP da trasferire	
Le prestazioni di libero passaggio devono essere trasferite a:	Beneficiario <b>Istituto di previdenza del Cantone Ticino Via C. Ghiringhelli 7, 6501 Bellinzona</b>	Banca <b>Credit Suisse 8070 Zurigo</b>	No. IBAN <b>CH35 0483 5071 2754 5100 0</b>

■ **Indicazioni per l'assoggettamento all'IPCT**

Data inizio assicurazione all'IPCT	Data entrata in servizio	Grado d'occupazione (%)	Beneficiario di una rendita AI <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, grado d'invalidità      %
Stipendio annuo (in CHF)	- Indicare lo stipendio annuo o lo stipendio mensile riportato su base annua. - Includere eventuali supplementi a carattere permanente.		

Al momento dell'assoggettamento all'IPCT l'assicurato è completamente abile al lavoro?    Sì    No

■ **Indicazioni supplementari**

Prelevi effettuati per proprietà d'abitazioni <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, importo      data	Costituzione in pegno per proprietà d'abitazioni <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì, importo      data	Nome dell'Istituto di previdenza
Altre comunicazioni		

■ **Conferma**

Luogo e data - Firma persona assicurata	Luogo e data - Firma datore di lavoro
---	---------------------------------------