

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 Istituto di previdenza del Cantone Ticino Via C. Ghiringhelli 7, 6501 Bellinzona	Banca Credit Suisse 8070 Zurigo	No. IBAN CH35 0483 5071 2754 5100 0

■ **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.		

■ **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
---	---------------------------------------