

Modulo Richiesta Rimborso Previdenza Complementare ALIFOND (A-PRE)

Dati adesioni e contribuzioni

Periodo considerato ☐ 1° semestre ☐ 2° semestre ANNO _____ Inizio contribuzione azienda ad EbiPal _____

DIPENDENTE (Cognome- Nome)	CODICE FISCALE	DATA ADESIONE AD ALIFOND	RETRIBUZIONE UTILE TFR DEL SEMESTRE	CONTRIBUTO CARICO AZIENDA (*)

Contribuzione totale ad ALIFOND a carico ditta (nel periodo), da rimborsare _____

(*) La percentuale del contributo a carico dell'azienda è pari:

- a **1,20%** fino al 31/12/2025
- a **1,50%** dal 01/01/2025 al 31/08/2026
- al **2,00%** dal 01/09/2026

Elenco Dati ANAGRAFICI LAVORATORE/I (se superiore a 1 segue nel foglio successivo)

Cognome* _____ Nome* _____

Nato a _____ il _____ cittadinanza _____

Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____

Cod. Fiscale* [_____] Matricola INPS _____

Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI ☐ NO ☐

liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI ☐ NO ☐ fine apprendistato _____

Dichiarazione Sostitutiva di atto di notorietà per la richiesta di rimborso ad EBIPAL

(i dati della presente dichiarazione possono essere sottoposti a verifica da parte di EBIPAL)

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, di aver preso visione dei regolamenti EBIPAL, delle condizioni generali e particolari per la richiesta di rimborso sopra esposta confermando inoltre che corrispondono al vero i dati e le informazioni contenuti nel presente modulo e nei suoi allegati.

Luolo e data _____

TIMBRO E FIRMA Titolare/Legale Rappresentante

Spazio Riservato all'amministrazione EBIPAL

Protocollo [_____] data Ricezione [_____] Anno competenza [_____] Codice Azienda [_____] Verifica regolarità versamenti SI ☐ NO ☐ Verifica requisiti SI ☐ NO ☐ Allegati presenti/completi [_____] Data eventuale sospensione [_____] Motivazioni [_____] Esito Finale [_____] Controllo effettuato da [_____] il [_____] Note _____

Modulo (M-PRE) Segue elenco DATI ANAGRAFICI DIPENDENTI aderenti ALIFOND

Cognome* _____ Nome* _____
Nato a _____ il _____ cittadinanza _____
Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____
Cod. Fiscale* [_____] Matricola INPS _____
Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI ☐ NO ☐
liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI ☐ NO ☐ fine apprendistato _____

Cognome* _____ Nome* _____
Nato a _____ il _____ cittadinanza _____
Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____
Cod. Fiscale* [_____] Matricola INPS _____
Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI ☐ NO ☐
liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI ☐ NO ☐ fine apprendistato _____

Cognome* _____ Nome* _____
Nato a _____ il _____ cittadinanza _____
Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____
Cod. Fiscale* [_____] Matricola INPS _____
Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI ☐ NO ☐
liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI ☐ NO ☐ fine apprendistato _____

Cognome* _____ Nome* _____
Nato a _____ il _____ cittadinanza _____
Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____
Cod. Fiscale* [_____] Matricola INPS _____
Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI ☐ NO ☐
liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI ☐ NO ☐ fine apprendistato _____

Cognome* _____ Nome* _____
Nato a _____ il _____ cittadinanza _____
Residente in _____ Pr (____) Cap _____ Città _____
Cod. Fiscale* [_____] Matricola INPS _____
Matricola INAIL _____ assunto il _____ fine rapporto _____ T.D. SI ☐ NO ☐
liv.inquadr. _____ rapporto PT % _____ apprendista SI ☐ NO ☐ fine apprendistato _____

Dati ANAGRAFICI Titolare/Legale rappresentante

in qualità di* ☐ Titolare / ☐ Legale Rappresentante della seguente:

Contratto applicato Panificazione Industria ☐ Panificazione Artigianale ☐ Altri ☐

*dati OBBLIGATORI

TIMBRO e FIRMA Titolare/Legale Rappresentante