Sede EbiPaL
Corso Venezia 51, Palazzo Bovara (2° piano)
20121 Milano (MI)
tel. +39-02-20402068 Fax +39-02-29402191
info@ebipal.it - www.ebipal.it

Modulo Richiesta Rimborso Previdenza Complementare ALIFOND (M-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 1,2% CARICO AZIENDA
Contribuzione totale ad ALIFOND a carico ditta (nel periodo), da rimborsare				

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.

Luogo 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 _____

Sede EbiPaL
Corso Venezia 51, Palazzo Bovara (2° piano)
20121 Milano (MI)
tel. +39-02-20402068 Fax +39-02-29402191
info@ebipal.it - www.ebipal.it

Modulo completamento/aggiornamento anagrafica Impresa

Dati ANAGRAFICI Titolare/Legale rappresentante

Il Sottoscritto* _____ Nato a _____ il _____

Residente in _____ Pr (___) Cap _____ Città _____

Cod. Fiscale* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Dati ANAGRAFICI AZIENDA

Partita Iva* _____ **Cod. Fiscale*** _____

Ragione Sociale* _____

Sede Legale (via) _____ Pr (___) Cap _____ Città _____

Sede Operativa (via) _____ Pr (___) Cap _____ Città _____

Telefono _____ fax _____ Email _____

Matricola INPS _____ Matricola INAIL _____

E-mail PEC _____

Contratto applicato Panificazione Industria ☐ Panificazione Artigianale ☐ Altri ☐ _____

Dati Bancari (su cui verranno accreditati mutualizzazioni e contributi)

| COD | CIN | ABI | CAB | Numero Conto Corrente (riempire tutti i campi) |

Codice IBAN* |I|T|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Intestatario conto se diverso da Azienda/Titolare/Rap.Legale _____

*dati OBBLIGATORI

Informativa e dichiarazione di consenso ai sensi del Reg.to EU 2016/679

Al fine di poter utilizzare al meglio i servizi e/o le informazioni che EBIPAL Vi mette a disposizione, all'utente potrebbe essere richiesto di fornire informazioni e/o dati riferiti alla propria attività, al proprio indirizzo (anche e-mail), ai propri riferimenti anagrafici e identificativi numerici. Con riferimento a ciò Vi diamo garanzia che tutti questi dati saranno trattati nel più completo rispetto del Reg.to UE 2016/679 ('GDPR'), del Dlgs 196/03 e del Dlgs 101/18 e successive modifiche. Visitate il nostro sito per ulteriori dettagli alla pagina http://www.ebipal.it/privacy per visionare l'informativa sulla privacy aggiornata oppure potete chiederne copia ai nostri uffici.

Con la firma del presente dichiaro di aver preso visione e di accettare i termini dell'informativa in allegato (All.A) e di averla consegnata a dipendenti e collaboratori.

PER ACCETTAZIONE:

Luogo e data _____ TIMBRO e FIRMA Titolare/Legale Rappresentante

_____