

Modulo Richiesta Rimborso Previdenza Complementare ALIFOND (A-PRE)

Dati adesioni e contribuzioni

Periodo considerato	<input type="checkbox"/> 1° semestre	<input type="checkbox"/> 2° semestre	ANNO _____	Inizio contribuzione azienda ad Ebipal _____
DIPENDENTE (Cognome- Nome)	CODICE FISCALE	DATA ADESIONE AD ALIFOND	RETRIBUZIONE UTILE TFR DEL SEMESTRE	CONTRIBUTO 1,5% 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.inquadri. _____ 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 _____

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* |IT|_____

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