

Ufficio previdenza

Via C. Ghiringhelli 7, 6501 Bellinzona
Tel. 091 814 40 61, previdenza@ipct.ch
www.ipct.ch

NOTIFICA DI ASSUNZIONE DI UN NUOVO DIPENDENTE

• **Datore di lavoro**

Ragione sociale – indirizzo – e-mail – N. tel – persona di riferimento	N. datore di lavoro
--	---------------------

• **Dati anagrafici della persona assicurata**

Cognome	Nome	Data di nascita
N. AVS (13 cifre)	Nazionalità	
Indirizzo	NAP Luogo	e-mail privata e/o tel. privato
Stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> coniugato <input type="checkbox"/> unione domestica registrata <input type="checkbox"/> separato/a <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 <input type="checkbox"/>		
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 (di regola coincide con l'inizio dell'attuale rapporto di lavoro)	Data entrata in servizio (per il computo degli anni di servizio alla base del calcolo del supplemento sostitutivo AVS)	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'inizio dell'assicurazione l'assicurato è completamente abile al lavoro? SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

• **Indicazioni supplementari**

Prelevi effettuati per proprietà d'abitazioni 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
---	---------------------------------------

Questo formulario è da inviare per posta a: **Istituto di previdenza del Cantone Ticino, Via C. Ghiringhelli 7, 6501 Bellinzona** oppure per e-mail a: previdenza@ipct.ch.