

Ufficio previdenza

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

USCITA DEL/DELLA DIPENDENTE DA IPCT

- Datore di lavoro**

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

- Persona assicurata**

Cognome e nome	Data di nascita	No. AVS (13 cifre)	N. assicurato
----------------	-----------------	--------------------	---------------

- Data dell'uscita e motivo**

Data dell'uscita (indicare l'ultimo giorno stipendiato)

Dimissioni del dipendente / scadenza contratto <input type="checkbox"/>	Disdetta da parte del DL <input type="checkbox"/>
Pensionamento totale <input type="checkbox"/>	Pensionamento parziale al % <input type="checkbox"/>
Decesso <input type="checkbox"/>	

Abbassamento duraturo del salario al di sotto della soglia d'entrata minima LPP

L'uscita per abbassamento del salario sotto la soglia d'entrata minima LPP è valida unicamente se viene allegata al presente formulario anche l'**apposito modulo di richiesta firmato dall'assicurato/o**, disponibile sul sito www.ipct.ch. In assenza della firma dell'assicurato/o su tale documento, la richiesta di uscita non viene presa in considerazione.

Si precisa inoltre che l'uscita non può essere retroattiva e sarà valida al più presto a partire dal primo giorno del mese di ricezione della richiesta, debitamente firmata dal richiedente, da parte dell'Istituto.

- **Eventuale modifica dello stipendio intervenuta prima dell'uscita da considerare per il conguaglio del contributo**

<i>Precedente</i>		<i>Nuovo</i>		<i>Valido dal</i>
Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Data
Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Stipendio annuo (in CHF)	Grado d'occupazione (%)	Data

- **Abilità lavorativa**

<p>Al momento dell'uscita l'assicurata/o è completamente abile al lavoro? SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Se no, quando è iniziata l'inabilità al lavoro?</p> <p>In quale % è inabile?</p>

- **Altre comunicazioni e conferma**

Altre comunicazioni

Luogo e data	Firma e timbro del datore di lavoro
--------------	-------------------------------------

Questo formulario, debitamente compilato e firmato, 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.