

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| RICEZIONE DELLA DOMANDA <input type="text"/> | UFFICIO AMMINISTRATIVO <input type="text"/> | CASO N. <input type="text"/> |
| RICEZIONE DELLA DOMANDA <input type="text"/> | UFFICIO DI PAGAMENTO <input type="text"/> | ESAMINATO DA <input type="text"/> |

NON COMPILARE L'INTESTAZIONE DEL MODULO

si prega di compilare in stampatello!

1. Dati relativi alla persona

Dati personali

| | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|------------------------------|----------------------|---|---|
| UOMO <input type="checkbox"/> | DONNA <input type="checkbox"/> | NUMERO AVS <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | DATA DI NASCITA <input type="text"/> | |
| CONIUGATO/A <input type="checkbox"/> | CELIBE/NUBILE <input type="checkbox"/> | DIVORZIATO/A <input type="checkbox"/> | VEDOVO/A <input type="checkbox"/> | | | | PENSIONAMENTO PREVISTO IL <input type="text"/> |
| COGNOME <input type="text"/> | | | | NOME <input type="text"/> | | | |
| NAZIONALITÀ <input type="text"/> | | | | | | | |

Domicilio, contatto

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| VIA <input type="text"/> | CANTONE / PAESE <input type="text"/> | | |
| NPA <input type="text"/> | LOCALITÀ <input type="text"/> | | |
| TELEFONO <input type="text"/> | CELLULARE <input type="text"/> | | |
| FAX <input type="text"/> | E-MAIL <input type="text"/> | | |
| IL DOMICILIO IN SVIZZERA VIENE MANTENUTO <input type="checkbox"/> | IL DOMICILIO VIENE TRASFERITO ALL'ESTERO <input type="checkbox"/> | DATA DEL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO <input type="text"/> | |
| DESIDERO RICEVERE LA CORRISPONDENZA IN | TEDESCO <input type="checkbox"/> | FRANCESE <input type="checkbox"/> | ITALIANO <input type="checkbox"/> |

Congiunti

Coniuge

| | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|
| COGNOME <input type="text"/> | NOME <input type="text"/> | DATA DI NASCITA <input type="text"/> |
|---------------------------------|------------------------------|---|

Figli/e con meno di 25 anni

| | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|
| COGNOME <input type="text"/> | NOME <input type="text"/> | DATA DI NASCITA <input type="text"/> |
| COGNOME <input type="text"/> | NOME <input type="text"/> | DATA DI NASCITA <input type="text"/> |
| COGNOME <input type="text"/> | NOME <input type="text"/> | DATA DI NASCITA <input type="text"/> |

2. Situazione lavorativa degli ultimi 20 anni

Si prega di compilare integralmente e in ordine cronologico inverso (**prima il posto di lavoro attuale o più recente!**).

I periodi di disoccupazione devono essere elencati analogamente ai periodi di occupazione.

Periodi

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

PROFESSIONE

VIA

PERSONA DI CONTATTO

NPA / LOCALITÀ

TELEFONO

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

PROFESSIONE

VIA

PERSONA DI CONTATTO

NPA / LOCALITÀ

TELEFONO

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

PROFESSIONE

VIA

PERSONA DI CONTATTO

NPA / LOCALITÀ

TELEFONO

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

PROFESSIONE

VIA

PERSONA DI CONTATTO

NPA / LOCALITÀ

TELEFONO

Periodi

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

PROFESSIONE

VIA

PERSONA DI CONTATTO

NPA / LOCALITÀ

TELEFONO

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

PROFESSIONE

VIA

PERSONA DI CONTATTO

NPA / LOCALITÀ

TELEFONO

Negli ultimi 20 anni ha esercitato un'attività/una funzione elencata nel promemoria «PERSONALE CON FUNZIONI DIRETTIVE»?

SÌ NO

In caso affermativo

ATTIVITÀ / FUNZIONE

AZIENDA

DAL / AL

ATTIVITÀ / FUNZIONE

AZIENDA

DAL / AL

Negli ultimi 20 anni ha avuto una partecipazione finanziaria di almeno il 20% in un'azienda in cui ha esercitato un'attività lavorativa?

SÌ NO

In caso affermativo

PARTECIPAZIONE IN %

AZIENDA

DAL / AL

PARTECIPAZIONE IN %

AZIENDA

DAL / AL

3. Reddito attuale

Si prega di contrassegnare tutte le prestazioni attualmente percepite e di allegare i documenti indicati!

- Salario**
Allegare le copie di tutti i conteggi salariali dell'anno in corso e di un conteggio salariale per ciascuno dei due anni precedenti e i certificati di salario dei due anni precedenti
- Indennità giornaliera di malattia**
Allegare i conteggi dell'anno in corso (copie) DAL
- Indennità giornaliera per infortunio**
Allegare tutti i conteggi dell'anno in corso (copie) DAL
- Rendita d'invalidità (AI)**
Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita DAL
- Rendita d'invalidità (SUVA)**
Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita DAL
- Rendita d'invalidità (cassa pensioni)**
Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita DAL
- Indennità di disoccupazione**
Allegare tutti i conteggi dell'AD dell'anno in corso (copie) DAL
- Altre rendite (incluso rendite straniere)**
Allegare le copie delle decisioni di assegnazione della rendita o delle rendite QUALI / DAL

Ha presentato richiesta per una rendita d'invalidità svizzera o straniera o per una rendita di vecchiaia straniera?

- SÌ Allegare la conferma di ricezione e l'eventuale ulteriore corrispondenza (copie) delle assicurazioni interessate NO

Consegue da più di tre anni un guadagno supplementare realizzato esercitando regolarmente un'occupazione estranea al settore dell'edilizia principale?

- SÌ Copie degli ultimi tre certificati di salario per la dichiarazione d'imposta o decisione della cassa di compensazione per persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente. NO

4. Cassa pensioni

A quale cassa pensioni è affiliato il suo attuale datore di lavoro? (allegare la copia del certificato d'assicurazione più recente della cassa pensioni!) NOME CP

Potrà mantenere la sua affiliazione a tale cassa pensioni al momento del pensionamento anticipato?

- SÌ
- NO Qualora non possa mantenere la sua affiliazione, la preghiamo di verificare cosa accadrà con il suo capitale previdenziale e di darcene comunicazione al più tardi all'atto della presentazione della Domanda definitiva per l'ottenimento della rendita della Fondazione FAR (alla presente richiesta di prestazioni è allegata una scheda informativa che illustra le varie possibilità).

5. Allegati SI PREGA DI CONTRASSEGNARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA!

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ESTRATTO DEL CONTO INDIVIDUALE AVS | <input type="checkbox"/> COPIA DI UN CONTEGGIO SALARIALE PER CIASCUNO DEI DUE ANNI PRECEDENTI | <input type="checkbox"/> ULTIMO CERTIFICATO D'ASSICURAZIONE DELLA CASSA PENSIONI |
| <input type="checkbox"/> CONTEGGI SALARIALI DELL'ANNO IN CORSO | <input type="checkbox"/> DECISIONE/I E CONTEGGIO/I DELLA CD | <input type="checkbox"/> CONTRATTI / CERTIFICATI DI LAVORO NUMERO <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICATI DI SALARIO DEI DUE ANNI PRECEDENTI | <input type="checkbox"/> DECISIONE/I E CONTEGGIO/I SULLE ATTUALI PRESTAZIONI ASSICURATIVE | <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="text"/> |

6. Conferma dei dati

Confermo la completezza e la correttezza di tutti i dati riportati sul modulo. Prendo atto che eventuali indicazioni mancanti o non rispondenti al vero possono comportare una riduzione delle prestazioni o una richiesta di restituzione di prestazioni già percepite. Resta inoltre riservata l'azione penale.

LUOGO, DATA

FIRMA