

Periodi

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

VIA

N P A

LOCALITÀ

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

PROFESSIONE

PERSONA DI CONTATTO

TELEFONO / E-MAIL

▶ DAL AL

Grado di occupazione

100% TEMPO PARZIALE % DISOCCUPATO / A

DATORE DI LAVORO O CASSA DISOCCUPAZIONE

VIA

N P A

LOCALITÀ

Permesso di soggiorno

STAGIONALE DI BREVE DURATA

PROFESSIONE

PERSONA DI CONTATTO

TELEFONO / E-MAIL

3. Attività / funzione come personale con funzioni direttive

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

4. Reddito attuale

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

<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	Indennità giornaliera di malattia Allegare i conteggi dell'anno in corso (copie)	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indennità giornaliera per infortunio Allegare tutti i conteggi dell'anno in corso (copie)	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rendita d'invalidità (AI) Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rendita d'invalidità (SUVA) Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Rendita d'invalidità (cassa pensioni) Allegare la copia della decisione di assegnazione della rendita	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indennità di disoccupazione Allegare tutti i conteggi dell'AD dell'anno in corso (copie)	DAL	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Altre rendite (incluso rendite straniere) Allegare le copie delle decisioni di assegnazione della rendita o delle rendite	QUALI / DAL	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/>	SI	Allegare la conferma di ricezione e l'eventuale ulteriore corrispondenza (copie) delle assicurazioni interessate	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--	--------------------------	----

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

<input type="checkbox"/>	SI	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.	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--	--------------------------	----

5. 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?

<input type="checkbox"/>	SI	
<input type="checkbox"/>	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).

6. 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
<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
				NUMERO	<input type="text"/>

7. 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

Cognome, nome :

Via, n°:

NPA, luogo:

N° AVS:

Ai fini dell'elaborazione delle domande di prestazioni e dei moduli per la comunicazione dei dati relativi ai beneficiari di una rendita FAR, spesso l'Ufficio di pagamento FAR deve poter disporre di informazioni e documenti che possono essere richiesti solo al momento dell'esame delle domande rispettivamente dei moduli sopracitati. Onde reperire la documentazione e le informazioni necessarie in modo rapido e completo, è auspicabile poter contattare direttamente i servizi o i soggetti competenti. A tal fine ci occorre tuttavia la sua autorizzazione, debitamente firmata, che potremo presentare ai servizi e ai soggetti interessati.

Dichiarazione di svincolo

Con la presente autorizzo la Fondazione FAR, rappresentata dall'Ufficio di pagamento FAR, a richiedere tutte le informazioni rilevanti ai fini dell'esame della mia domanda di prestazioni ed al mio eventuale diritto ad una rendita FAR (al massimo fino al raggiungimento dell'età di 65 anni) e contemporaneamente svincolo i seguenti servizi e soggetti e il loro personale dall'obbligo del segreto professionale nei confronti della Fondazione FAR:

- le casse di compensazione in caso di mancanza dell'estratto del conto individuale AVS per l'ordinazione e l'invio diretto all'Ufficio di pagamento FAR, rispettivamente decisioni di prestazioni dell'AI e decisioni di contribuzione per lavoratori indipendenti;
- il mio datore di lavoro attuale e quelli precedenti, agenzie di collocamento e imprese acquisitrici comprese, presso cui ho lavorato;
- l'assicurazione disoccupazione e gli URC competenti in caso di disoccupazione attuale o passata;
- l'assicurazione d'indennità giornaliera, l'AI e la SUVA in caso di malattia o infortunio attuali o passati con o senza invalidità;
- le casse pensioni presso le quali sono o sono stato assicurato, qualora vi sia l'eventualità di percepire prestazioni (rendita o versamento di capitale) o siano già state assegnate.

Chiedo pertanto ai servizi e ai soggetti di cui sopra di fornire le informazioni necessarie, svincolandoli a tal fine dall'obbligo del segreto professionale. Autorizzo inoltre i suddetti servizi e soggetti a fornire informazioni sullo stato delle procedure in corso e sui diritti presenti e passati e a trasmettere le rispettive conferme di prestazioni o copie di decisioni.

Luogo, data

Firma

Le informazioni sul trattamento dei dati della Fondazione FAR sono disponibili nell'informativa sulla privacy all'indirizzo www.far-suisse.ch/it/protezione-dei-dati/.