

Oggetto: CONSEGNA: Invio modulo richiesta liquidazione dipendenti -
[RIF.PROT.:c_f262|REG_PROT|23650/2023]

Mittente: posta-certificata@pec.aruba.it

Data: 12/05/2023, 12:04

A: ufficiopersonale.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

Ricevuta di avvenuta consegna

Il giorno 12/05/2023 alle ore 12:04:59 (+0200) il messaggio
"Invio modulo richiesta liquidazione dipendenti - [RIF.PROT.:c_f262|REG_PROT|23650/2023]"
proveniente da "ufficiopersonale.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it"
ed indirizzato a "protocollo@pec.perseosirio.it"
è stato consegnato nella casella di destinazione.
Identificativo messaggio: 3F916854.038A3577.0F6AA570.1F0AD183.posta-certificata@legalmail.it

— postacert.eml —

Oggetto: Invio modulo richiesta liquidazione dipendenti -
[RIF.PROT.:c_f262|REG_PROT|23650/2023]

Mittente: ufficiopersonale.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

Data: 12/05/2023, 12:03

A: protocollo@pec.perseosirio.it

Buongiorno, in allegato alla presente si trasmette per il dipendente Tedesco Domenico il modulo di richiesta liquidazione dipendenti pubblici.

Cordiali Saluti

— Allegati: —

dati-cert.xml	992 bytes
postacert.eml	601 kB
DOC046.pdf	176 kB
DOC046_Marcato.pdf	178 kB
Segnatura.xml	2,1 kB
ricevuta.pdf	81,1 kB

MODULO RICHIESTA LIQUIDAZIONE DIPENDENTI PUBBLICI

PATRONATO: ☐ INCA ☐ INAS ☐ ITAL ☐ ACLI ☐ ALTRO _____

① ② ③ ④ ⑤

DATI ADERENTE

(Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)

IO SOTTOCRITTA/O Cognome: TEDESCO Nome: DOMENICO
Codice Fiscale: TDS DNM55RBB F262N Sesso: M ☒ F ☐ Data di nascita: 28/09/1955
Comune di nascita: MODUGNO Provincia: (BA)
Numero di Iscrizione/Socio: 80749 Data iscrizione alla previdenza complementare: 05/11/2020
Indirizzo di residenza: VIA GOTTFREDO MAMELI n°: 19 CAP: 70026
Comune di residenza: MODUGNO Provincia: (BA)
Telefono: _____ Cellulare (Facoltativo): 3386264843 Indirizzo e-mail: mimmo.tedesco@yahoo.it

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧

L'ADERENTE CHIEDE LA PRESTAZIONE

(Da compilare a cura dell'Aderente/Erede legittimo/Soggetto designato)

TIPOLOGIA DI EROGAZIONE selezionare una delle opzioni indicate		MODALITA' DI EROGAZIONE		TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE ovè richiesto, selezionare l'opzione prescelta
		CAPITALE	RENDITA	
PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI VECCHIAIA	☐	_____ %	_____ %	PENSIONAMENTO Con 5 anni di partecipazione al Fondo e con età pensionabile stabilita dal regime obbligatorio di appartenenza.
PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI ANZIANITA'	☐	_____ %	_____ %	CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA Con 5 anni di partecipazione al Fondo e età inferiore di non più di 10 anni da quella stabilita per il diritto alla pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza
RISCATTO PER PENSIONAMENTO SENZA RAGGIUNGIMENTO REQUISITI MINIMI	☒	100%		PENSIONAMENTO All'età prevista dal regime obbligatorio di appartenenza Con meno 5 anni di partecipazione al Fondo o con una rendita calcolata inferiore all'assegno sociale di cui all'art.3, commi 6 e 7 della Legge 8 agosto 1995, n.335
RISCATTO PER PERDITA DEI REQUISITI	☐	100%		☐ VOLONTA' DELLE PARTI (Dimissioni, Licenziamento, Scadenza Contratto, Risoluzione Consensuale)
RISCATTO PER MORTE DELL'ADERENTE	☐	100%		☐ CAUSA INDIPENDENTE DALLA VOLONTA' DELLE PARTI (Mobilità, Fallimento, F.do Esuber)

Contributi "NON DEDOTTI" e non ancora comunicati € _____ (in lettere)

Banca INTESA SAN PAOLO Filiale MODUGNO Intestato a TEDESCO DOMENICO

Codice IBAN: IT 78 T 03069 41545 100000001333
Cod. Paese Cod. Controllo CIN ABI (5 caratteri numerici) CAB (5 caratteri numerici) Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Il Sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di posta elettronica indicato, il modello CU e si impegna a richiederne copia, in caso di mancata ricezione dello stesso, entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato.

Data compilazione: 12/05/2023 Firma Aderente: [Firma]

① ② ③ ④ ⑤

DATI DEL DATORE DI LAVORO

(Da compilare a cura dell'Ente datore, riportando i dati relativi alla sede presso la quale l'Aderente presta la propria attività)

Denominazione e Ragione Sociale: COMUNE DI MODUGNO
 Codice Fiscale: 89017010725 Sede di: MODUGNO
 Comune: MODUGNO Provincia: (BA)
 Telefono: 0805865856 Fax: / Indirizzo e-mail: AN.DATURA@COMUNE.MODUGNO.BA.IT
 Ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione € 817,28 (OTTOCENTODICIASSETTE E VENTISTO)
 Data cessazione attività: 01/10/2022
 Data compilazione: 12/05/2023 Timbro e Firma del Datore di Lavoro: Il Responsabile del Servizio 6
AVVOCATURA COMUNALE
CONTENZIOSO - PERSONALE
Avv. Cristina CARLUCCI

Se sei servito dal Portale NOI PA il presente modulo non deve essere consegnato in amministrazione ma consegnato al tuo Comune attestando la cessazione dell'attività lavorativa. (*) Non comporta "perdita dei requisiti" il passaggio, per qualsiasi causa, senza soluzione di continuità, ad altre pubbliche amministrazioni ente, anche privato, nel quale trova applicazione il Fondo Perseo Sirio.

① ② ③ ④ ⑤

L'ADERENTE CHIEDE LA RENDITA

(Da compilare a cura dell'Aderente SOLO ED ESCLUSIVAMENTE nel caso abbia scelto la modalità di erogazione in RENDITA)

La liquidazione in forma di rendita nella misura del _____ % della prestazione maturata.

Tipologia di rendita immediata posticipata rivalutabile scelta (età assicurativa dell'assicurato compresa tra i 50 e gli 80 anni):

- ☐ A) Vitalizia
☐ B) Vitalizia con 5 annualità certe
☐ C) Vitalizia con 10 annualità certe
☐ D) Vitalizia Reversibile nella misura del ☐ 60%, ☐ 70%, ☐ 80%, ☐ 100%:
 (età assicurativa del reversionario compresa tra i 40 e gli 80 anni)
☐ E) Vitalizia con controassicurazione in caso di decesso dell'Aderente
☐ F) Vitalizia con raddoppio in caso di insorgenza di Non Autosufficienza (1)
 (Qualora si opti per questa tipologia si ricorda di compilare il questionario sanitario previsto).

Frequenza di erogazione: ☐ Annuale ☐ Semestrale ☐ Trimestrale ☐ Bimestrale ☐ Mensile

(1) L'Opzione F prevede esclusivamente la rateazione Mensile, può essere richiesta solo qualora l'età assicurativa non superi i 70 anni ed è condizionata alla preventiva accettazione del rischio da parte della Società.

N.B.: l'erogazione della rendita è subordinata all'invio annuale del certificato di esistenza in vita dell'avente diritto; a tal fine la Società invierà apposita richiesta nella quale saranno riportate tutte le informazioni utili.

Con Bonifico Bancario sul c/c specificato nella precedente sezione "L'aderente chiede la prestazione" del presente modulo.

Il sottoscritto designa, in ragione della prestazione pensionistica in forma di rendita prescelta, il beneficiario della prestazione in caso di premorienza dell'assicurato, di cui al punto B) o C) in corso di pagamento delle annualità certe, il reversionario della prestazione di cui al punto D) o il beneficiario dell'eventuale capitale residuo al momento del decesso di cui al punto E), nella persona di:

IO SOTTOCRITTAVO Cognome: _____ Nome: _____ Codice Fiscale: _____

Sesso: M ☐ F ☐ Data di nascita: ____/____/____ Luogo di nascita: _____ Provincia: (____)

Tipo di documento: _____ Numero documento: _____ Ente di rilascio: _____ Data di rilascio: ____/____/____

Telefono: _____ Cellulare (Facoltativo): _____ Indirizzo e-mail: _____

Indirizzo di residenza: _____ n°: ____ CAP: _____ Comune di residenza: _____ Provincia: (____)

Si ricorda che nel caso delle opzioni B), C) ed E) il beneficiario delle prestazioni in caso di decesso dell'aderente che avvenga rispettivamente entro 5, 10 anni o in qualsiasi momento, può essere sempre modificato e l'ultima designazione sostituisce tutte le precedenti. Nel caso dell'opzione D) il reversionario indicato con la presente richiesta non è successivamente modificabile.

Il sottoscritto, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n° 445 e successive modificazioni sotto la propria esclusiva responsabilità, è consapevole, delle sanzioni penali di cui all'art.76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi. Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il modello CU.

Da allegare la seguente documentazione per l'Aderente e il Beneficiario/Reversionario (ove previsto):

- fotocopia di un documento d'identità valido;
- fotocopia del codice fiscale;
- questionario sanitario dell'Aderente (solo in caso di esercizio dell'opzione F).

Luogo e data _____

Firma Assicurato _____

Luogo e data _____

Firma Responsabile Fondo Pensione _____

Per ulteriori informazioni consultare il Documento sulle rendite reperibile sul sito www.fondoperseosirio.it nella sezione Documenti del Fondo.

N.B.: La domanda va compilata in tutte le parti richieste, l'incompleta compilazione della domanda e/o la mancanza delle firme previste, comporta la nullità della stessa.