

## Domanda di versamento delle prime prestazioni

Cfr. anche promemoria Prestazioni dell'MPA

Azienda n. (PLK) \_\_\_\_\_

### Richiedente

_____	_____	_____
Cognome	Nome	N. assicurazione sociale (n. AVS)
_____		
Via, NPA e luogo		
_____	_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f
Data di nascita	Nazionalità	Sesso
Coordinate di contatto		
_____	_____	
Indirizzo e-mail	Telefono	
_____	_____	
Impiegato/a presso (nome dell'azienda, luogo)	dal	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Sono in possesso della piena capacità lavorativa		

### Prova dell'anzianità di servizio

Hanno diritto alle prestazioni dell'MPA Involucro edilizio le collaboratrici e i collaboratori che hanno lavorato per almeno 15 anni, di cui gli ultimi 7 prima di riscuotere le prestazioni ininterrottamente, in un'azienda che rientra nel campo di applicazione del CCL-MPA Involucro edilizio. Per la registrazione dei suoi rapporti di lavoro voglia utilizzare il foglio complementare «Domanda di versamento delle prime prestazioni».

### Grado di occupazione

Contrassegnare l'opzione pertinente	Salario lordo attuale (13esima mensilità esclusa)
<input type="checkbox"/> Grado di occupazione attuale: _____ %	<input type="checkbox"/> Salario mensile <input type="checkbox"/> Salario orario
<input type="checkbox"/> Stagionale	_____
<input type="checkbox"/> Disoccupato/a dal: _____	Salario mensile/salario orario

### Tipo di prestazione auspicata

#### 1. Riduzione del grado di occupazione e/o cambiamento di funzione

In accordo con il mio datore di lavoro, il mio grado di occupazione si riduce/cambia a decorrere dal \_\_\_\_\_ (data).

- a)  Riduzione del grado di occupazione a: \_\_\_\_\_ %  
b)  Cambiamento di funzione

Tenendo conto dei punti a) e/o b), il nuovo salario mensile lordo ridotto ammonta a CHF \_\_\_\_\_

#### 2. Pensionamento anticipato completo

In accordo con il mio datore di lavoro, usufruisco del pensionamento anticipato completo a decorrere dal \_\_\_\_\_ (data). Il mio attuale rapporto di lavoro con un grado di occupazione del \_\_\_\_\_ % verrà completamente rescisso dal mio datore di lavoro a decorrere dal \_\_\_\_\_ (data). Per la gestione dell'LPP si rinvia al foglio complementare «Domanda di contributi di risparmio LPP».

### Coordinate di pagamento

<input type="checkbox"/> Bonifico postale	_____	_____
	Conto postale n.	IBAN
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario Svizzera	_____	_____
		IBAN
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario estero	_____	_____
	Codice BIC/Swift	IBAN
_____		
Nome e indirizzo della banca (in caso di bonifici bancari in Svizzera o all'estero)		

continua alla pagina seguente →

---

**Documenti da presentare**

- «Foglio complementare: domanda di versamento delle prime prestazioni» sottoscritto dal lavoratore o dalla lavoratrice
- «Foglio complementare: domanda di contributi di risparmio LPP» sottoscritto
- Certificati o attestati di lavoro per comprovare i 15 anni di attività nel ramo involucro edilizio (cfr. foglio complementare)
- Estratto del conto individuale AVS (da richiedere alla cassa di compensazione AVS)
- Copia del passaporto o della carta d'identità
- Copia di tutti i conteggi salariali mensili dell'anno in corso e dell'anno precedente
- Un conteggio salariale mensile per il secondo e il terzo anno precedenti
- Certificati di salario degli ultimi 3 anni
- Se disponibile: estratto del conto salariale dell'anno in corso e degli ultimi 3 anni
- Conferma firmata dal datore di lavoro concernente il rapporto di lavoro attuale; informazioni pertinenti e copia di un estratto attuale del registro di commercio se il/la richiedente è o è stato/a titolare o socio dell'azienda nell'arco degli ultimi 15 anni oppure detiene o ha detenuto una quota del 10% o più del capitale sociale.
- Inoltre, in caso di incapacità lavorativa: decisione dell'AI o conteggi LAINF/IGM
- Inoltre, in caso di disoccupazione: coordinate della cassa disoccupazione/dell'URC competente e conteggio delle indennità di disoccupazione dell'anno in corso

---

**Dichiarazione sulla protezione dei dati**

I dati vengono trattati allo scopo di accertare e fornire le prestazioni concordate contrattualmente. Trovano applicazione le disposizioni in materia di protezione dei dati della Fondazione MPA Involucro edilizio (dichiarazione sulla protezione dei dati della Fondazione MPA Involucro edilizio: [link<sup>1</sup>](#)). I sottoscritti confermano di aver preso atto della dichiarazione sulla protezione dei dati e, in particolare, di acconsentire al trattamento di eventuali dati sanitari.

---

**Conferma dei dati**

I sottoscritti confermano la completezza e la veridicità di tutte le informazioni fornite. Sono consapevoli del fatto che informazioni incomplete o non veritiere possono portare a una riduzione delle prestazioni o a richieste di restituzione. Sono inoltre fatte salve le sanzioni ai sensi dell'art. 22 CCL MPA.

---

**Firme**

\_\_\_\_\_  
Luogo, data

\_\_\_\_\_  
Firma della persona richiedente

\_\_\_\_\_  
Timbro dell'azienda e  
firma del datore di lavoro  
(da omettere in caso di disoccupazione)

---

**Inviare a**

Fondazione MPA involucro edilizio  
Oberwiesenstrasse 2  
8304 Wallisellen

Telefono 044 244 41 50  
E-mail [gebaeudehuelle@vrmservices.ch](mailto:gebaeudehuelle@vrmservices.ch)  
[www.vrm-gebaeudehuelle.ch](http://www.vrm-gebaeudehuelle.ch)

<sup>1</sup> [https://vrm-gebaeudehuelle.ch/system/files/document/files/Datenschutzerklärung\\_GH\\_it.pdf](https://vrm-gebaeudehuelle.ch/system/files/document/files/Datenschutzerklärung_GH_it.pdf)