

### 1. Dati dell'aderente (compilazione a cura dell'aderente)

Cognome	Nome	Codice Fiscale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Sesso	Data di Nascita	Comune di Nascita	Prov	Stato
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo documento	Numero documento	Ente di rilascio	Data di rilascio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Residenza	C.A.P.	Telefono	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 2. Richiesta Anticipazione (compilazione a cura dell'aderente)

Il soprascritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** della prestazione pari a (completare una sola opzione):

- il seguente importo LORDO  (l'importo non potrà superare il limite lordo max consentito)
- la seguente PERCENTUALE sul maturato  (la percentuale non potrà superare il limite lordo max consentito)

Il soprascritto **CHIEDE** di conseguire una **ANTICIPAZIONE** per il seguente motivo (barrare una sola opzione):

- SPESE SANITARIE** (in caso di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari - la somma richiesta non può eccedere il valore della spesa documentata)
- ACQUISTO PRIMA CASA** (di abitazione per sé o per i figli - sono necessari 8 anni di iscrizione ai fondi pensione - la somma richiesta non può eccedere il valore della spesa documentata)
- RISTRUTTURAZIONE** (manutenzione, restauro e risanamento sulla 1a casa di abitazione propria o dei propri figli - sono necessari 8 anni di iscrizione ai fondi pensione - la somma richiesta non può eccedere il valore della spesa documentata)
- ULTERIORI ESIGENZE** (senza specifiche motivazioni - non superiore al 30% della posizione individuale maturata - sono necessari 8 anni di iscrizione ai fondi pensione)

### 3. Coordinate Bancarie (compilazione a cura dell'aderente)

Banca e Filiale	IBAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Intestato a	<input type="text"/>

**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.**

**Allegare fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità in corso di validità firmati in originale.**

**Il modulo e gli eventuali allegati A e B devono essere firmati e consegnati in originale.**

Luogo e data

Firma Aderente

**NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano l'immediato rigetto della domanda presentata.**

**Dati dell'attività lavorativa (compilazione e sottoscrizione a cura dell'azienda)**

**Quota Esente**

fino al 31/12/2000

**Abbattimento Base imponibile**

fino al 31/12/2000

(SOLO ISCRITTI POST 28/04/1993 "NUOVI ISCRITTI")

**Timbro e Firma del Datore di Lavoro**

**Istruzioni per la Compilazione**

Può essere indicato alternativamente l'importo richiesto in cifre oppure in % del montante maturato. L'importo indicato si intende al LORDO delle imposte. In caso di duplice e contraddittoria compilazione (ossia compilazione sia dell'importo lordo richiesto, sia della percentuale richiesta) sarà attribuita prevalenza all'importo indicato in cifre, naturalmente nel rispetto dei limiti di legge e, ove necessario, della spesa documentata.

Si ricorda che ai fini della determinazione dell'anzianità necessaria (8 anni) sono considerati utili tutti i periodi di partecipazione alle forme pensionistiche complementari per i quali non sia stato esercitato il riscatto totale della posizione individuale.

E' obbligatorio indicare il motivo della richiesta, in conseguenza del quale sarà necessario allegare i seguenti documenti:

**SPESE SANITARIE:** Copia della **dichiarazione del medico curante o della ASL** (struttura pubblica competente) attestante il carattere gravissimo e straordinario delle spese sanitarie e la loro tipologia (vedi allegato A), oltre alla copia delle **fatture** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa di operatori specializzati (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative).

**ACQUISTO PRIMA CASA:** Copia dell'**atto notarile** di acquisto, unitamente a **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la residenza anagrafica o l'intenzione di voler trasferire entro 18 mesi dall'acquisto la propria residenza nel comune ove è ubicato l'immobile, nonché la **dichiarazione sostitutiva di atto notorio** da cui risulti la non titolarità di alcun diritto reale (proprietà o godimento) relativamente ad altre abitazioni nel territorio del comune ove è ubicato l'immobile. E' possibile produrre anche copia del contratto preliminare, riservandosi di allegare successivamente il contratto notarile definitivo. In caso di acquisto della prima abitazione per i figli, allegare **certificato di stato di famiglia**, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela. In caso di acquisto in cooperativa, occorre produrre, in via provvisoria, l'**estratto notarile del libro dei soci** attestante la prenotazione dell'alloggio, il **contratto di appalto** sottoscritto dall'iscritto o dal legale rappresentante della cooperativa e la **documentazione degli esborsi sostenuti**; in via definitiva, non appena disponibile, dovrà prodursi **copia dell'atto pubblico di assegnazione dell'alloggio**. In caso di costruzione in proprio, occorre produrre in via immediata: la **concessione edilizia**, il **titolo di proprietà del terreno**, il **contratto di appalto** o i **preventivi di spesa**. In via definitiva, entro 30 giorni dall'erogazione, le **fatture** che attestino il pagamento dei lavori effettuati ed il **certificato comunale di ultimazione dei lavori**.

**RISTRUTTURAZIONE** di cui alle lettere a), b), c), e d) del c.1 dell'art.3 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380): copia dell'**atto attestante la proprietà dell'immobile** da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari, ovvero l'atto notarile da cui risulti la proprietà dell'abitazione, ovvero il titolo costitutivo del diritto reale di godimento da cui risultino i dati catastali). Se gli interventi riguardano parti comuni dell'immobile, **copia della delibera assembleare** e della **tabella millesimale** di ripartizione delle spese. In caso di ristrutturazione della prima abitazione per i figli, allegare certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela. Copia delle **fatture/bonifici** attestanti le spese sostenute o i preventivi di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le fatture relative). In sostituzione della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della legge n. 449/97 per fruire della detrazione di legge in sede di dichiarazione dei redditi, è possibile **produrre idonea autocertificazione** (vedi Allegato B).

I dati dell'attività lavorativa vanno compilati dal datore di lavoro. Si segnala che:

La **Quota esente** su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare per i solli lavoratori dipendenti, rappresenta l'ammontare totale dei contributi versati al Fondo dal dipendente entro il 31/12/2000 e non eccedenti il 4% della retribuzione imponibile annua ai fini TFR. Qualora l'importo della quota esente fosse uguale ai contributi versati dal dipendente fino al 31/12/2000 indicare "100%".

L'**Abbattimento base imponibile** che il Fondo deve applicare su quanto maturato entro il 31/12/2000, da indicare esclusivamente per gli iscritti post 28/04/1993 ("nuovi iscritti"), è determinato nella misura di L.600.000 (€309,87) per anno di contribuzione rapportate alla permanenza nel Fondo ed alla % di TFR versato al Fondo. L'abbattimento di L.600.000 va riconosciuto all'Aderente, per ogni anno di contribuzione, proporzionalmente tra il datore di lavoro ed il Fondo.

**Allegato A**

**DICHIARAZIONE ATTESTANTE IL CARATTERE GRAVISSIMO E STRAORDINARIO DELLE SPESE SANITARIE**

Dichiarazione ASL o altra struttura pubblica competente per richiedere al Fondo Pensione una anticipazione per spese sanitarie a seguito di gravissime situazioni relative a sé, al coniuge e ai figli per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle competenti strutture pubbliche.

**Spett.le Fondo pensione FIPACI** – Fondo Pensione Integrativo dipendenti ACI Informatica.

In relazione alla domanda presentata dal seguente aderente al FIPACI

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>Sesso</b>	<b>Data di Nascita</b>	<b>Comune di Nascita</b>	<b>Prov</b>	<b>Stato</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

al fine di ottenere un'anticipazione dei contributi accumulati nel Fondo Pensione, in base all'art.11, comma 7, del D.Lgs. n° 252 del 05/12/2005,

**SI DICHIARA CHE** (scegliere solo una delle due opzioni)

- l'ADERENTE  
 il seguente FAMILIARE dell'aderente

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<b>Sesso</b>	<b>Data di Nascita</b>	<b>Comune di Nascita</b>	<b>Prov</b>	<b>Stato</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**deve sostenere le seguenti TERAPIE/INTERVENTI LEGATI A GRAVISSIME SITUAZIONI ED AVENTI CARATTERE DI STRAORDINARIETÀ SOTTO IL PROFILO MEDICO:**

Luogo e data

Timbro e Firma del Medico (con Codice Regionale o ASL)

**Istruzioni per la Compilazione**

La certificazione di cui all'oggetto può essere rilasciata anche dal medico curante convenzionato o da Istituti o Cliniche convenzionate.

Il Timbro e la firma della presente Certificazione sono obbligatori e devono consentire l'esatta identificazione del soggetto che ha attestato la situazione sanitaria; il timbro del Medico di Famiglia deve riportare il Codice Regionale o ASL

In caso di spese sostenute per il familiare, allegare stato di famiglia rilasciato dal comune di residenza attestante il rapporto di parentela con l'aderente.

**Allegato B**  
**AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE PER INTERVENTI DI MANUTENZIONE, RESTAURO, RISANAMENTO E RISTRUTTURAZIONE**

di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380, relativamente alla prima casa di abitazione, documentabili come previsto dalla normativa stabilita ai sensi dell'articolo 1, comma 3, L. 27/12/1997, n. 449

**Dati del proprietario dell'immobile**

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Sesso</b>	<b>Data di Nascita</b>	<b>Comune di Nascita</b>	<b>Prov</b>	<b>Stato</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Tipo documento</b>	<b>Numero documento</b>	<b>Ente di rilascio</b>		<b>Data di rilascio</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
<b>Residenza</b>	<b>C.A.P.</b>	<b>Telefono</b>	<b>E-mail</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**Dati dell'immobile**

<b>Comune</b>	<b>Prov</b>	<b>C.A.P.</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Indirizzo</b>	<b>Civico</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Il sottoscritto**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Codice Fiscale</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

in qualità di aderente al Fondo Pensione FIPACI, avendo sostenuto/dovendo sostenere spese per interventi di recupero di cui alle lettere a), b), c), e d) del comma 1 dell'art.3 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia edilizia di cui al D.P.R. 06/06/2001, n. 380, sull'immobile sopra descritto, prima casa di abitazione propria/dei propri figli come sopra identificata, **DICHIARA di essere in possesso della documentazione prevista dall'articolo 1, comma 3, della Legge 27 dicembre 1997, n. 449 (documenti necessari per fruire della detrazione del 36% in sede di dichiarazione dei redditi) e di essere disponibile a produrre copia, parziale o integrale, della medesima a semplice richiesta del Fondo Pensione.**

Luogo e data

Firma Aderente

**Istruzioni per la Compilazione**

Compilare il paragrafo "Dati del proprietario dell'immobile" solo se diverso dall'aderente al Fondo Pensione.

Alliegare sempre copia dell'atto attestante la proprietà dell'immobile da ristrutturare (estratto dalla Conservatoria dei Registri Immobiliari). In caso di interventi effettuati sulla prima casa di abitazione dei propri figli, allegare anche certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela. Allegare sempre copia delle fatture/bonifici attestanti le spese sostenute