

# Foglio complementare: domanda di versamento delle prime prestazioni

All'occorrenza compilare vari fogli complementari. Il presente foglio deve essere compilato solo con la «Domanda di versamento delle prime prestazioni»

Azienda n. (GIMAFONDS)

## Richiedente

_____	_____	_____
Cognome	Nome	N. assicurazione sociale (n. AVS)
_____	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	
Data di nascita	Sesso	
_____	_____	
Datore di lavoro attuale	NPA e luogo	

## Prova dei rapporti di lavoro

Compilare il modulo in modo completo e in ordine cronologico, **partendo dal posto di lavoro (attuale) più recente!**  
Le fasi di disoccupazione devono essere inserite come periodi di occupazione.

**Allegare un certificato o un attestato di lavoro per ogni rapporto di lavoro!**

## Rapporto di lavoro

_____	_____
dal	al
Informazioni dettagliate sull'impiego	
<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Tempo parziale _____ % <input type="checkbox"/> Disoccupato/a <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro fisso <input type="checkbox"/> Interinale <input type="checkbox"/> Stagionale	
<input type="checkbox"/> Titolare/socio o azionista dell'SA o della Sagl con una quota di capitale del 10% o più	
<input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Impiegato/a di commercio	
_____	
Attività come da contratto di lavoro	
_____	
Datore di lavoro o agenzia di lavoro interinale	
_____	_____
Indirizzo	NPA e luogo

## Rapporto di lavoro

_____	_____
dal	al
Informazioni dettagliate sull'impiego	
<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Tempo parziale _____ % <input type="checkbox"/> Disoccupato/a <input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro fisso <input type="checkbox"/> Interinale <input type="checkbox"/> Stagionale	
<input type="checkbox"/> Titolare/socio o azionista dell'SA o della Sagl con una quota di capitale del 10% o più	
<input type="checkbox"/> Quadro superiore <input type="checkbox"/> Impiegato/a di commercio	
_____	
Attività come da contratto di lavoro	
_____	
Datore di lavoro o agenzia di lavoro interinale	
_____	_____
Indirizzo	NPA e luogo

---

**Rapporto di lavoro**

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Informazioni dettagliate sull'impiego

- 100%  Tempo parziale \_\_\_\_\_ %  Disoccupato/a  Rapporto di lavoro fisso  Interinale  Stagionale  
 Titolare/socio o azionista dell'SA o della Sagl con una quota di capitale del 10% o più  
 Quadro superiore  Impiegato/a di commercio

\_\_\_\_\_  
Attività come da contratto di lavoro

\_\_\_\_\_  
Datore di lavoro o agenzia di lavoro interinale

\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ NPA e luogo

---

**Rapporto di lavoro**

\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Informazioni dettagliate sull'impiego

- 100%  Tempo parziale \_\_\_\_\_ %  Disoccupato/a  Rapporto di lavoro fisso  Interinale  Stagionale  
 Titolare/socio o azionista dell'SA o della Sagl con una quota di capitale del 10% o più  
 Quadro superiore  Impiegato/a di commercio

\_\_\_\_\_  
Attività come da contratto di lavoro

\_\_\_\_\_  
Datore di lavoro o agenzia di lavoro interinale

\_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ NPA e luogo

---

**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 Pittura e gessatura (dichiarazione sulla protezione dei dati della Fondazione MPA Pittura e gessatura: [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. 23 CCL MPA.

---

**Firme**

\_\_\_\_\_ Luogo, data \_\_\_\_\_ Firma della persona richiedente

---

**Inviare a**

Fondazione MPA Pittura e gessatura  
Oberwiesenstrasse 2  
8304 Wallisellen

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

---

<sup>1</sup> [https://www.vrm-malergipser.ch/pdf/Datenschutzerklärung\\_MG\\_it.pdf](https://www.vrm-malergipser.ch/pdf/Datenschutzerklärung_MG_it.pdf)