**Iscrizione**

**Cognome:**  **Nome:**

**Via:**  **Data di nascita:**

**CAP/località:**  **No. AVS: 756.**

**No. telefono:** privato  ufficio  **Sesso:** **[ ]**  maschile **[ ]**  femminile

**Stato civile:** [ ]  celibe/nubile [ ]  divorziato/a dal:

 [ ]  coniugato/a (matrimonio civile) dal:  [ ]  vedovo/a dal:

**Coniuge:** Cognome, nome, data di nascita **,** **,**

 (Nel Regolamento di previdenza, la posizione dei partner registrati ai sensi della Legge federale sull'unione domestica
 registrata / LUD corrisponde a quella dei coniugi)

**Figli:** Nome, cognome, data di nascita **,** **,**

 **,** **,**

 **,** **,**

**Datore di lavoro precedente:**

Cassa Pensione precedente:

**Nuovo datore di lavoro:** **ev. Numero di fatturazione:**

**Impiegato in qualità di/funzione:** **Grado d'impiego:**  %

**Data inizio impiego:**  **Inizio dell'appartenenza:**

 (corrisponde al primo del mese con obbligo LPP)

**Salario annuo asscicurato: CHF**

 (salario previsto nell'ambito dell'obbligatorietà AVS, che verrebbe corrisposto in caso di

 occupazione durante tutto l'anno, senza componenti del salario versate occasionalmente)

**Piano di risparmio dall'entrata:** [ ]  piano standard [ ]  piano di risparmio +1% [ ]  piano di risparmio +2%

Opzione del membro (ulteriori informazioni nel foglio informativo Entrata su [www.cpet.ch](http://www.cpet.ch))

**Il membro beneficia di una rendita di invalidità?** [ ]  Si [ ]  No

(se prima dell'inizio dell'appartenenza alla Cassa Pensione esisteva già un'incapacità lavorativa del 20% minimo, in caso di invalidità

 o decesso è prevista, fino a nuovo avviso, unicamente una copertura assicurativa provvisoria: in questo caso il membro è tenuto a

 inviare la relativa documentazione all'Ufficio amministrativo)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del membro Timbro, firma del datore di lavoro