

All'I.N.P.D.A.P. - Sede Provinciale di FROSINONE
(tramite l'Ufficio Scolastico Provinciale di Frosinone)

_ l _ sottoscritt_ _____ in servizio presso
_____ in qualità di _____ collocat_ a
riposo dal _____ per _____

C H I E D E

la corresponsione del trattamento di pensione ordinario diretto di

ANZIANITA' VECCHIAIA DI INABILITA'

A tal fine dichiara:

di essere nat_ a _____ il _____

di risiedere nel comune di _____ C.A.P. _____

indirizzo _____;

di essere in possesso del seguente codice fiscale _____;

di _____ GODERE di altra pensione iscrizione n. _____ ctg. _____

a carico del _____ in qualità di _____;

di _____ AVERE debiti verso lo Stato o altri enti pubblici per le causali e gli importi di seguito indicati _____;

di _____ AVERE percepito l'indennità di licenziamento prevista dal DLCPS 4/4/47 n. 207;

di _____ AVERE fruito di assenze non retribuite o con retribuzione ridotta

dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____;

di _____ AVERE prestato servizio a tempo parziale per i seguenti periodi

dall'a.s. _____ all'a.s. _____ per un totale di _____ ore settimanali:

che all'atto del collocamento a riposo _____ PRESTERA' attività lavorativa retribuita alle dipendenze di _____

che ha diritto alle seguenti detrazioni d'imposta:

a) legate al reddito annuo:

di non possedere altri redditi oltre la pensione Inpdap;

che il reddito presunto per l'anno _____ è di euro _____;

b) per coniuge a carico

Cognome e nome _____ CF _____

Data nascita _____ Luogo nascita _____

c) **per primo figlio a carico** al posto del coniuge (*)

Cognome e nome _____ CF _____

Data nascita _____ Luogo nascita _____

Percentuale a carico _____ portatore di handicap (*) minore di 3 anni (*)

d) **per altri figli a carico**

1) Cognome e nome _____ CF _____

Data nascita _____ Luogo nascita _____

Percentuale a carico _____ portatore di handicap (*) minore di 3 anni (*)

2) Cognome e nome _____ CF _____

Data nascita _____ Luogo nascita _____

Percentuale a carico _____ portatore di handicap (*) minore di 3 anni (*)

e) **per altri familiari a carico**

Cognome e nome _____ CF _____

Data nascita _____ Luogo nascita _____

Percentuale a carico _____

che si impegna a comunicare eventuali variazioni della propria situazione familiare;

di essere a conoscenza delle sanzioni previste dalla vigente normativa per indebite richieste di detrazioni d'imposta;

di voler riscuotere la propria pensione:

presso l'ufficio postale di C.A.P.

libretto di risparmio nominativo

in conto corrente bancario/postale con le seguenti coordinate IBAN

Il sottoscritto si impegna a comunicare, con specifica dichiarazione personale, la cessazione delle condizioni che hanno dato luogo all'attribuzione della pensione, nonché il verificarsi di qualsiasi evento che comporti variazione o cessazione della pensione ovvero soppressione o riduzione degli assegni accessori.

Data _____

il dichiarante

(*) **barrare solo in caso di interesse**

I dati saranno utilizzati esclusivamente per i procedimenti amministrativi connessi alla risoluzione del rapporto d'impiego. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco (Legge 675/96)