

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)