

**ALL'ISTITUTO NAZIONALE
DELLA PREVIDENZA SOCIALE**

**DOMANDA DI PRESTAZIONE ART. 4, COMMI DA 1 A 7-TER, LEGGE n. 92/2012
DA EROGARSI IN FORMA RATEALE**

ALL'UFFICIO INPS DI.....

DATORE DI LAVORO

DENOMINAZIONE.....

CODICE FISCALE.....

MATRICOLA INPS SEDE INPS DI ISCRIZIONE.....

CODICE AUTORIZZAZIONE.....

CODICE AZIENDA.....

DIPENDENTE

NOME.....COGNOME.....

CODICE FISCALE..... NATO/A il (gg/mm/aaaa).....

A..... PROV..... STATO.....

CITTADINANZA..... STATO CIVILE.....

RESIDENTE IN..... PROV..... STATO.....

INDIRIZZO..... CAP.....

TELEFONO.....CELLULARE.....

INDIRIZZO E-MAIL.....

CONIUGE DEL DIPENDENTE

NOME.....COGNOME.....

CODICE FISCALE.....NATO/A (gg/mm/aaaa).....

A.....PROV. STATO.....
CITTADINANZADATA DEL MATRIMONIO.....

ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO

DATA DI ASSUNZIONE.....DATA DI RISOLUZIONE.....

DATI UTILI AL CALCOLO DELLA PRESTAZIONE

Data inizio prestazione.....

- Benefici particolari (es. soggetti privi della vista, sordomuti o con invalidità superiore al 74%, amianto, ecc.)

TIPOLOGIA DI PENSIONE RICHIESTA

- pensione di vecchiaia
- pensione anticipata
- pensione da conseguire al compimento di un'età anagrafica non inferiore a 64 anni ai sensi delle disposizioni eccezionali previste in favore dei dipendenti del settore privato dal comma 15-bis dell'art. 24 della legge n. 214/2011

GESTIONE DI LIQUIDAZIONE DELLA PENSIONE

- Assicurazione generale
obbligatoria.....
- Fondi
sostitutivi.....

DETRAZIONI D'IMPOSTA (art.23 del D.P.R. 29 settembre 1973, n.600 e successive modifiche e integrazioni)

- non chiedo alcuna detrazione
- chiedo la detrazione per lavoro dipendente e assimilati (di cui all'art. 13 del TUIR del D.P.R. 917/1986)
- chiedo la detrazione per carichi di famiglia (di cui all'art. 13 del TUIR del D.P.R. 917/1986)
(è obbligatorio presentare il modello AP06 debitamente compilato, disponibile sul sito www.inps.it)

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

La prestazione deve essere pagata presso:

c/c nominativo-banca.....

- CODICE IBAN
.....

c/c postale nominativo-ufficio postale.....

o

CODICE IBAN

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'INPS con sede in Roma, via Ciro il Grande 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'INPS e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'INPS la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale, anche per il tramite della agenzia stessa.

Data.....

Firma del lavoratore

Firma del legale rappresentante dell'azienda.....