



Domanda di riscatto dei periodi di assenza facoltativa per maternità collocati al di fuori del rapporto di lavoro - 1/3

(Art.35, II comma, D.Lgs. 151/2001)

All'Ufficio Inps di _____

COGNOME	<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
		STATO	<input type="text"/>	
CITTADINANZA	<input type="text"/>			
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
		STATO	<input type="text"/>	
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	CELLULARE	<input type="text"/>	
INDIRIZZO E-MAIL	<input type="text"/>			

In qualità di:

- lavoratore interessato
- superstite del lavoratore _____ nato il _____
a _____ deceduto il _____

● Chiedo

Il riscatto presso la gestione previdenziale _____, con onere a mio carico, dei periodi non coperti da assicurazione e corrispondenti a quelli che danno luogo al congedo parentale, collocati temporalmente al di fuori del rapporto di lavoro ai sensi dell'art.35, D.Lgs.151/2001.

● Dichiaro

che i periodi corrispondenti al congedo parentale che intendo riscattare sono:

dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____
dal _____ al _____



Domanda di riscatto dei periodi di assenza facoltativa per maternità collocati al di fuori del rapporto di lavoro - 2/3

(Art.35, II comma, D.Lgs.151/2001)

dati anagrafici dei figli:

1

COGNOME NOME
NATO/A IL GG/MM/AAAA A
STATO
CODICE FISCALE

2

COGNOME NOME
NATO/A IL GG/MM/AAAA A
STATO
CODICE FISCALE

3

COGNOME NOME
NATO/A IL GG/MM/AAAA A
STATO
CODICE FISCALE

4

COGNOME NOME
NATO/A IL GG/MM/AAAA A
STATO
CODICE FISCALE

Note



Domanda di riscatto dei periodi di assenza facoltativa per maternità collocati al di fuori del rapporto di lavoro - 3/3

(Art.35, II comma, D.Lgs.151/2001)

In caso di domanda presentata dal superstite

Lavoratore deceduto _____ nato il _____

a _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____

Deceduto il _____ a _____ Prov. _____

Ultima sede di servizio _____

dichiaro

- di essere titolare di pensione di reversibilità
certificato n. _____ categoria _____
in carico presso la sede INPS di _____

- di non essere titolare di pensione di reversibilità

dichiaro

- di aver presentato domanda di pensione di reversibilità presso la sede INPS di _____
- di non aver presentato domanda di pensione di reversibilità

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

È inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Il sottoscritto dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.