



Riscatto dei periodi del corso legale di studi universitari (per i non iscritti ad alcuna forma di previdenza) - 1/2

(art. 2, comma 5bis, D.Lgs. n. 184/1997 e art. 1, comma 77, legge n. 247/2007)

ALLA SEDE DI

NOME **COGNOME**

CODICE FISCALE **NATO/A IL** GG/MM/AAAA

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

CITTADINANZA

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

INDIRIZZO **CAP**

TELEFONO **CELLULARE**

INDIRIZZO E-MAIL

CHIEDO

il riscatto dei periodi di corso legale di studi universitari di seguito indicati:

dal	al	dal	al
dal	al	dal	al
dal	al	dal	al
dal	al	dal	al

ALLEGO

la dichiarazione rilasciata da Università Politecnico Istituto Superiore

relativa al conseguimento del diploma e agli anni accademici in cui si è svolto il corso legale di laurea.



Riscatto dei periodi del corso legale di studi universitari (per i non iscritti ad alcuna forma di previdenza) - 2/2

(art. 2, comma 5bis, D.Lgs. n. 184/1997 e art. 1, comma 77, legge n. 247/2007)

Dichiarazione di responsabilità (ai sensi del DPR n.445/2000)

Dichiaro di non avere mai prestato alcuna attività lavorativa di nessuna natura (lavoro dipendente, autonomo, parasubordinato) con obbligo di contribuzione presso Enti previdenziale (Inpdap – Enpals – Casse Professionali – Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti -- Gestioni dei lavoratori autonomi – Gestione Separata ecc.) e di non essere titolare (in Italia o in paese estero) di contribuzione in nessun Ordinamento pensionistico obbligatorio per i lavoratori pubblici e privati.

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono 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.

Dichiaro 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 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 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 e 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 o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.