



## Domanda di accredito figurativo di contribuzione per mandato elettivo o aspettativa sindacale - 1/3

(d.lgs. 564/96 e successive modificazioni ed integrazioni)

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

L'accredito figurativo presso la gestione previdenziale \_\_\_\_\_  
dei periodi di:

- aspettativa non retribuita per mandato elettivo (d.lgs. 16/9/96 n.564 in combinato disposto con art.31 L.20/5/70 n.300, modificato e integrato dal d.lgs. 29/6/98 n.278, e dall'art.38 L. 488/99);
- aspettativa sindacale non retribuita (art.3 d.lgs. 16/9/96 n.564 in combinato disposto con art.31 L. 20/5/70 n.300).

per seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_



## Domanda di accredito figurativo di contribuzione per mandato elettivo o aspettativa sindacale - 2/3

(d.lgs. 564/96 e successive modificazioni ed integrazioni)

### ● Denominazione e sede

(compilare obbligatoriamente l'ipotesi che ricorre)

organo elettivo:

Codice Fiscale dell'Organo elettivo \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

### ● Dichiaro

di essere in carica dal \_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_ legislatura

carica ricoperta \_\_\_\_\_

incarichi di governo assegnati  si  no

organizzazione sindacale:

Codice Fiscale dell'Organizzazione sindacale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Denominazione \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

### Allego

- prospetti retributivi vidimati dalle DTL e rilasciati dal datore di lavoro
- provvedimento di collocamento in aspettativa rilasciato dal datore di lavoro.
- attestazione dell'organizzazione sindacale o dell'organo elettivo circa la carica assunta e le funzioni svolte con l'indicazione dei relativi periodi.

### Note

-----

-----

-----

-----



## Domanda di accredito figurativo di contribuzione per mandato elettivo o aspettativa sindacale - 3/3

(d.lgs. 564/96 e successive modificazioni ed integrazioni)

### **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.