





## Domanda di pagamento dei ratei di pensione maturati e non riscossi - 4/7

### Autenticazione delle firme apposte sulle deleghe alla riscossione

#### ● DATI DEL FUNZIONARIO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
qualifica \_\_\_\_\_

#### ● ATTESTO CHE

il dichiarante sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_  
il teste sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_  
il teste sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_

il dichiarante sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_  
il teste sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_  
il teste sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_

il dichiarante sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_  
il teste sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_  
il teste sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Documento n° \_\_\_\_\_

Hanno sottoscritto davanti a me la dichiarazione di responsabilità e/o le deleghe alla riscossione e che sono stati da me ammoniti sulla responsabilità penale cui andranno incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto o di documento d'identità personale falso o contenente dati non più veri.

Data \_\_\_\_\_ il funzionario \_\_\_\_\_

07-000-10270



## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 1/2

D.P.R. 445/2000 art.47

● 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

● E-MAIL

● DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO  ● NUMERO

● RILASCIATO DA  ● IN DATA

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma del funzionario \_\_\_\_\_

### ● DA RICORDARE

Tutta la modulistica è disponibile presso gli uffici Inps, sul sito Internet dell'istituto [www.inps.it](http://www.inps.it) o presso gli enti di patronato. Ulteriori informazioni possono essere richieste al numero gratuito Inpsinforma 803164.



## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 2/2

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 incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 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, di scale, 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 un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*