



DOMANDA DI RICOSTITUZIONE

SUPPLEMENTO DI PENSIONE

QUATTORDICESIMA MENSILITA'

MAGGIORAZIONE SOCIALE

PROROGA QUOTA 20% FIGLIO STUDENTE SU REVERSIBILITA'

RINNOVO INDENNITA' DI FREQUENZA

DOCUMENTI COMUNI PER TUTTE LE RICHIESTE

- carta d'identità e codice fiscale del richiedente e dell'eventuale coniuge;
- data di matrimonio oppure data di variazione dello stato civile in casi di separazione/divorzio/vedovanza: _____
- ultima dichiarazione dei redditi (modelli 730/Unico/CU);

IN ASSENZA DELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI

- eventuale rendita catastale della casa di abitazione principale e degli altri immobili (anche dell'eventuale coniuge);
- eventuale rendita dei terreni (anche dell'eventuale coniuge);
- eventuali pensioni estere (anche dell'eventuale coniuge).

ULTERIORI DOCUMENTI PER LA QUATTORDICESIMA E MAGGIORAZIONE SOCIALE

- eventuale sentenza di separazione/divorzio con omologa Tribunale ove si evince l'eventuale assegno di mantenimento corrisposto dall'ex coniuge.

ULTERIORI DOCUMENTI PER LA PROROGA DEL 20% DELLA QUOTA DI REVERSIBILITA' PER FIGLI STUDENTI E RINNOVO INDENNITA' DI FREQUENZA

- carta d'identità e codice fiscale del/dei figlio/i studenti;
- dichiarazione d'iscrizione scolastica rilasciata dalla scuola e auto-dichiarazione d'iscrizione scolastica/universitaria e reddituale, di seguito allegata, per i figli aventi diritto alla quota di reversibilità;
- consenso alla riscossione e assunzione di responsabilità, di seguito allegati, firmati da entrambi i genitori (**documenti richiesti per il rinnovo dell'indennità di frequenza**).

www.cgilbrianza.it

LA DOCUMENTAZIONE CONTENUTA NEL PRESENTE ELENCO RIGUARDA LA GENERALITA' DEI CASI.
SITUAZIONI E CASI PARTICOLARI VERRANNO VALUTATI ALLO SPORTELLO.



il Patronato della CGIL

NOTA BENE: per utenti non iscritti CGIL le pratiche di quattordicesima e di ricostituzione per proroga quota 20% su reversibilità sono soggette a contributo ai sensi della convenzione INCA-MLPS del 13.06.2017 e relativo addendum.



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Autocertificazione dell'iscrizione/frequenza scolastica o universitaria

ALLA SEDE INPS DI _____

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL (GG/MM/AAAA) _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____ EMAIL _____

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti dall'art.76 dal D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO

DI ESSERE ISCRITTO/A E FREQUENTARE NELL'ANNO SCOLASTICO ____/____ LA SEGUENTE
SCUOLA SUPERIORE (NOME E INDIRIZZO) _____

CLASSE _____

DI ESSERE STUDENTE/STUDENTESSA UNIVERSITARIO/A ISCRITTO/A PER L'ANNO ACCADEMICO
____/____ AL SEGUENTE CORSO DI LAUREA (NOME DEL CORSO) _____

LA CUI DURATA LEGALE E' DI ANNI (INDICARE TRE O DUE O CINQUE O SEI) _____ FACOLTA' _____

_____ PRESSO L'UNIVERSITA' _____

ANNO DI CORSO (INDICARE PRIMO O SECONDO O TERZO ECC.) _____ ANNO ACCADEMICO DI

IMMATRICOLAZIONE ____/____

DI AVER CESSATO GLI STUDI IN DATA (GG/MM/AAAA) _____

DI NON PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA DIPENDENTE O AUTONOMA

DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA DIPENDENTE O AUTONOMA DAL (GG/MM/AAAA) _____

CON UN REDDITO ANNUO PARI AD € _____

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.

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 15/15

Assunzione di responsabilità

Il sottoscritto si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto ha compilato i seguenti quadri:

A B B1 B2 D E F F1 G H

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Luogo _____ e data _____ Firma _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____ rilasciato da _____
in data _____ valido fino al _____

N.B. Il presente foglio deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.

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 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 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.



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 10/15

Quadro E (consenso riscossione altro genitore)

Compilare a cura dei genitori del minore richiedente la prestazione nel caso di consenso alla riscossione da parte di un genitore nei confronti dell'altro

● Autorizzazione alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

(Compilare nel caso di autorizzazione alla riscossione da parte del genitore dichiarante nei confronti dell'altro. L'autorizzazione produrrà i suoi effetti nel solo caso di riscossione in contanti. L'autorizzazione non è ammessa qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o su conto corrente/libretto postale)

Il / La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____
CF/P.IVA _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

consente che le provvidenze economiche del minore:

Nome _____ Cognome _____
CF _____ n. domus _____

vengano corrisposte all'altro genitore:

Nome _____ Cognome _____
CF/P.IVA _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

Data _____ Firma di entrambi i genitori _____

● Autenticazione della sottoscrizione

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario Inps, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Luogo _____ e data _____

Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato, autenticare le firme e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.