

F Periodi assicurativi e/o contributivi maturati in Italia:

ENTE PREVIDENZIALE	TIPO CONTRIBUZIONE	DAL	AL

G Periodi di lavoro svolti all'estero:

STATO	DAL	AL	CASSA ESTERA

H Non ho richiesto alcun accredito figurativo.

Ho richiesto l'accredito figurativo presso:

ENTE	DATA DOMANDA	DAL	AL	TIPOLOGIA ACCREDITO FIGURATIVO RICHIESTO
				SERVIZIO MILITARE
				DISOCCUPAZIONE
				MATERNITÀ/ASTENSIONE FACOLTATIVA
				ASTENSIONE FUORI RAPPORTO LAVORO
				MALATTIA INFORTUNIO
				MALATTIA SPECIFICA (TBC)
				CIG
				CONGEDI PARENTALI
				CARICA PUBBLICA ELETTIVA/SINDACALE
				ALTRO (specificare)

I Non ho presentato alcuna domanda di riscatto.

Ho presentato domanda di riscatto presso:

ENTE	DATA DOMANDA	DAL	AL	TIPOLOGIA RISCATTO RICHIESTO
				CORSO LEGALE DI LAUREA
				RISCATTO EX ART. 13, L. 1338/62
				LAVORO ALL'ESTERO
				ASTENSIONE FACOLTATIVA
				RISCATTO GESTIONE SPECIALE
				ALTRO (specificare)

L Non ho presentato domanda di ricongiunzione.

Ho presentato domanda di ricongiunzione c/o:

ENTE	DATA
------	------

M Non ho richiesto la restituzione dei contributi.

Ho richiesto la restituzione dei contributi c/o:

ENTE	DATA
------	------

N DICHIARAZIONE SITUAZIONE PENSIONISTICA		
Non sono titolare di alcuna pensione.		
Sono titolare di pensione:		
TIPO PENSIONE	ENTE O STATO ESTERO EROGATORE	DECORRENZA PENSIONE
Non ho presentato domanda di pensione.		
Ho presentato domanda di pensione:		
TIPO PENSIONE RICHIESTA	ENTE A CUI È STATA PRESENTATA LA DOMANDA	DATA DELLA DOMANDA

O COMUNICAZIONE ATTIVITÀ LAVORATIVA	
Non svolgo alcuna attività lavorativa di qualsiasi natura da:	(GG/MM/AAAA)
Svolgo attività lavorativa autonoma o professionale in qualità di:	QUALIFICA
Svolgo attività di collaborazione coordinata.	
Cesserò l'attività di lavoro autonomo o professionale il:	(GG/MM/AAAA)
Cesserò l'attività lavorativa dipendente il:	(GG/MM/AAAA)

P Redditi da lavoro autonomo, professionale, parasubordinato, d'impresa e redditi di partecipazione in società e imprese nonché da lavoro dipendente all'estero:

ANNO	DAL	AL	IMPORTO IN EURO

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

Allegare copia (*fronte e retro*) di un documento di identità in corso di validità.

DETRAZIONI D'IMPOSTA

(Previste dal Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917)

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

che, a decorrere dal ho diritto alle seguenti detrazioni (mi impegno a comunicare entro 30 giorni ogni singola variazione relativa alla situazione sotto illustrata):

Barrare SÌ o NO, TUTTE LE CASELLE ed in caso affermativo, fornire le ulteriori informazioni richieste.

- SÌ NO Detrazione per redditi da pensione.
- SÌ NO Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato.
- SÌ NO Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 50% per n. figli, di età superiore ai tre anni.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 100% per n. figli, di età superiore ai tre anni.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 100% per n. figli, di età inferiore ai tre anni.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 100% per n. figli, portatori di handicap.
- SÌ NO Detrazione per n. altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria.
- SÌ NO Ulteriore detrazione dovuta alla presenza di almeno 4 figli a carico.
- SÌ NO Detrazione nella misura del 50% per i figli inferiori ai tre anni di età o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli).
- SÌ NO Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro ed il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze.

DATI DEL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

DATI DI ALTRO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome Nome

Nato/a il a Prov. C.F.

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma

DELEGA PER LA RISCOSSIONE

IO SOTTOSCRITTO / A

Cognome Nome

Codice Fiscale

DELEGO

la persona sottoindicata a riscuotere quanto dovuto in relazione alla pensione.

Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in Prov. C.A.P.

Indirizzo

.....
FIRMA DEL RICHIEDENTE

Io sottoscritto/a

funzionario incaricato

ATTESTO CHE

il delegante sig.

identificato/a a mezzo:

è impossibilitato a firmare poiché impedito per cause di natura fisica poiché incapace di scrivere
 ha firmato in mia presenza

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del D.P.R. 600/1973, e successive modificazioni, e dell'obbligo di comunicare tempestivamente le variazioni della sopraindicata situazione, nonché il verificarsi di qualsiasi evento che comporti variazione o modifica, soppressione o riduzione al trattamento pensionistico,

MI HA DICHIARATO

che intende delegare la persona sopraindicata a riscuotere in suo nome e vece quanto dovutogli in relazione alla pensione con esonero dell'INPS e dell'ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo.

DATA

TIMBRO

FIRMA DEL FUNZIONARIO

Si avverte che la delega sarà revocata qualora la pensione sia riscossa su Conto Corrente bancario o postale. La firma del delegante deve essere autenticata a norma dell'art. 21 del D.P.R. 445/200. All'autenticazione della firma possono provvedere il funzionario dell'INPS, il notaio, il cancelliere, il segretario comunale, o altro funzionario incaricato dal sindaco; per i residenti all'estero l'Autorità consolare italiana.

È opportuno che il richiedente, già titolare di una o più pensioni pagate dall'Inps e riscosse a mezzo delega, indichi la persona già delegata.



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - PENSIONI

Data

SCELTA DEL PATRONATO
(facoltativo)

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

DELEGO

Il Patronato

presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del C.C., a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente per la trattazione della pratica relativa alla domanda di pensione, ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge 30 marzo 2001 n. 152. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D.Lgs 196/2003).

LUOGO E DATA		FIRMA DEL RICHIEDENTE
TIMBRO DEL PATRONATO		FIRMA DELL'OPERATORE DELL'ENTE DI PATRONATO
CODICE INPS		
NUMERO PRATICA		



All'Associazione
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma
AREA PRESTAZIONI - PENSIONI

Data

DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLE QUOTE SINDACALI (facoltativo)

IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA Cognome Nome

Nato/a il a Prov.

Codice Fiscale

Residente in via/piazza

Comune Prov. CAP

AUTORIZZO

l'INPS, ai sensi dell'art. 23 *octies* della Legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sulle rate mensili della pensione, compresa la tredicesima mensilità, al netto dei trattamenti di famiglia, le quote previste. L'importo di tale trattenuta deve essere versato quale quota di contributo al:

Sindacato

ACCETTO

che la presente delega si intenda tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca che produrrà i suoi effetti dal primo giorno del terzo mese successivo a quello in cui è pervenuta alla sede INPS che ha in carico la pensione.

Autorizzo ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (D. Lgs 196/2003).

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE L'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.