

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 46, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a a conoscenza delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci dal codice penale e dalle altre disposizioni in materia, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere nato/a a in data

2. di essere:

celibe/nubile

coniugato/a con in data

vedovo/a di

stato libero

3. che la famiglia convivente alla data(*) si compone di:

Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela	Data di nascita	Luogo di nascita	Inabile (si/no)	A carico (si/no)

(Luogo e data)..... Il/La dichiarante

(*) data di cessazione

All' Ufficio Pensioni Personale Insegnante - 4.9
Via Dodiciville, 2
39100 Bolzano

DICHIARAZIONE CUMULATIVA

Il / La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ in data _____

cessazione dal servizio con decorrenza _____

dichiara

1. di eleggere il proprio domicilio a _____ (CAP e Comune),
in Via / Piazza _____ numero _____

2. di non aver lasciato debiti verso lo Stato od altri Enti;
 di aver lasciato i seguenti debiti:

Natura del debito	Ente Creditore	Importo Mensile	Data inizio	Data scadenza

3. di non godere di pensione a carico dello Stato o altro Ente pubblico
 di godere di pensione a carico di _____ (indicare
l'Ente erogatore) in qualità di _____ dal _____ (data)
per l'importo annuo di Euro _____

4. di non svolgere e di non avere mai svolto, durante il rapporto di pubblico impiego, qualsiasi altra attività lavorativa;
 di svolgere, oltre al rapporto di pubblico impiego, la seguente attività lavorativa _____
_____ (natura attività; lavoro dipendente / autonomo; ev. Ente erogatore)
 di aver svolto durante il rapporto di pubblico impiego la seguente attività lavorativa _____
_____ (periodo; natura attività; lavoro dipendente/autonomo; ev. Ente erogatore)

Il / La sottoscritto/a si impegna a comunicare, a codesto Ufficio, eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato.

_____ data

_____ (firma)



I.N.P.D.A.P.
ISTITUTO NAZIONALE DI
PREVIDENZA PER I DIPENDENTI
DELL'AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

N.F.A.Ö.V.
NATIONALES FÜRSORGEINSTITUT
FÜR ANGESTELLTE DER
ÖFFENTLICHEN VERWALTUNG

via Pacinotti Str.3
39100 BOLZANO BOZEN
TEL. 04711899100 FAX 04711899191
SETTORE PAGAMENTO PENSIONI/ABTEILUNG FÜR RENTENAUSZAHLUNG

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritta

nato/a il a

Codice fiscale, consapevole delle conseguenze penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. **NO**, che non presta opera retribuita;
1.bis **SI**, che presta opera retribuita a decorrere dal..... presso.....
in qualità di..... ;

2. **NO**, che non gode di altra pensione;
2.bis **SI**, che gode di pensione n. erogata da.....
di mensili €..... ;

3. che a decorrere dal.....(decorrenza della pensione) ha diritto alle seguenti detrazioni d'imposta:

- per lavoro dipendente o pensione
- per il coniuge a carico
- per n.figli a carico anche del coniuge
- per n.figli a suo esclusivo carico
- per n.figli a carico in mancanza del coniuge
- per n.figli sotto i 3 anni
- per n.figli con handicap
- per n.altre persone a carico

Il sottoscritto si impegna a comunicare eventuali variazioni del diritto stesso;

di non aver diritto alle detrazioni fiscali e pertanto chiede che sulla pensione venga operata la ritenuta fiscale nella misura del.....%; (**da indicare in caso di pensionamento con contestuale permanenza in servizio a tempo parziale**)

4. **SI**, che è a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del DP.R 600/1973 per indebite richieste di detrazioni d'imposta;

5. che ha tuttora a carico le sotto elencate persone per le quali percepiva il trattamento di famiglia alla data di cessazione dal servizio e si impegna a segnalare tempestivamente qualunque modificazione della situazione stessa che comporti la perdita dal diritto:.....
.....

6. che in base a quanto disposto dagli artt. 30 e 34 della legge 29.4.1976 n. 177, si impegna a comunicare alla competente sede INPDAP la cessazione del diritto alla pensione nonché il verificarsi di qualsiasi evento che comporti variazione o cessazione della pensione ovvero soppressione o riduzione degli assegni accessori;

7. che i fatti sopra attestati sussistono dal(decorrenza della pensione);

chiede di poter riscuotere la pensione presso l'ufficio postale di, succursale.....
.....;

chiede che la pensione venga accreditata su conto corrente bancario/postale o su libretto postale, come da richiesta allegata;

Dichiara di essere residente a in via..... n.....

Tel.:

....., li

Informativa ex art. 13 D.Lgs. N. 196/2003

Il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dati personali", prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. La normativa indicata prevede che tale trattamento deve essere improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti degli interessati. Ai sensi dell'art 13 del citato D.Lgs. n. 196/2003 pertanto si forniscono le seguenti informazioni: 1) i dati resi saranno trattati per adempiere alle prescrizioni contenute nell'art. 23 del DPR 600/1973, modificato dalla Legge Finanziaria 2008, art. 1 c. 221;2) il trattamento potrà essere effettuato sia con modalità manuali sia informatiche da soggetti autorizzati dall'Istituto; 3) i dati in questione saranno utilizzati solo ai fini indicati al punto 1) e sono obbligatori per ottenere le detrazioni previste agli artt. 12 e 13 del DPR 917/1986.

Firma

N.B. Si prega di rispondere con SI o un NO e di barrare i singoli punti richiesti!!!

PRESENTAZIONE DIRETTA ALLO SPORTELLO – certificato apposta in mia presenza la firma del dichiarante ai sensi dell'art. 3, legge 15.05.1997 nr. 127
Il funzionario addetto(timbro e firma)

INVIO PER POSTA O VIA TELEMATICA ai sensi dell'art.2, comma 10 e 11, legge 16.06.1998 nr. 1191 , **allegando la fotocopia della carta d'identità.**

