

allegato 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI D.P.R.445/2000

..l...sottoscritto/a.....
 nato/a.....(.....) il.....
 in servizio presso.....in qualità di
 residente in Via/Piazzacomune di.....
 Prov.....C.A.P.....Recapito tel.....

DICHIARA quanto segue:

- 1) di non aver prestato servizio militare
 di aver prestato servizio militare nell'Esercito/Marina/Aeronautica/altro
 presso il Distretto Militare diper i seguenti periodi:

dal		al	
dal		al	

- 2) godimento art.-7 1[^] o 2[^] posizione economica a decorrere dal.....

- 3) di avere diritto ai benefici di cui all'art.2 della legge 336/1970 e successive modificazioni
 quale
 (orfano di guerra, profugo,ecc...)

- 4) di non aver prestato servizio part-time
 di aver prestato servizio part-time negli anni scolastici

dal		al		ore	
dal		al		ore	
dal		al		ore	
dal		al		ore	
dal		al		ore	

- 5) di essere già titolare di pensione contestuale mantenimento in servizio con rapporto di
 lavoro a tempo parziale (D.M.29/07/97 nr. 331) a decorrere dal

dal		al		ore	
dal		al		ore	
dal		al		ore	
dal		al		ore	
dal		al		ore	

Il sottoscritto/a è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia (artt. 75-76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)

.....,
 (firma)

DICHIARAZIONE DEI SERVIZI

all. 1

..I.. sottoscritt... _____
 _____ cognome _____ nome
 Nat.. a _____ Prov. _____ il _____
 Cod. Fisc. _____ in servizio presso _____
 _____ tel _____ fax _____
 cod.mecc.: _____ Email: _____

Qualifica _____ **Classe di concorso** _____

(specificare se trattasi di personale ex dipendente dagli Enti Locali-immessi in ruolo dall'1.1.2000 ex L.124/99)

Residente a: _____ CAP _____ Prov.: _____

Domiciliato a _____ CAP _____ Prov.: _____

Via _____ N° _____ Tel _____

Email personale _____ Cell. _____

Ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento di cui all' art. 1, comma 5, del DPR 28/4/98 N. 351, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti servizi e periodi, per i quali non gode di altro trattamento pensionistico:

		Anni	Mesi	Giorni
SERVIZIO DI RUOLO (dalla dec. Economica)	dal _____ al _____	➤		
SERVIZIO NON DI RUOLO con ritenute in Conto entrate Tesoro	dal _____ al _____	➤		
valutabile art. 142 T.U.1092/73 (Serv. prestato dalla dec giur.)	dal _____ al _____	➤		
Comune CPDEL	dal _____ al _____	➤		
Servizio computabile e/o riscattabile DPR 1092/73	dal _____ al _____	➤		
Servizio ricongiungibile Legge n. 29/79 e legge n. 45/90	dal _____ al _____	➤		
Regolamento C.E. 1606/98	dal _____ al _____	➤		
Maternità Decreto Legislativo 151/01	dal _____ al _____	➤		
SERVIZIO MILITARE	dal _____ al _____	➤		
STUDI UNIVERSITARI		➤		
SUPERVALUTAZIONI		➤		
TOTALE A		➤		
Eventuali interruzioni servizio da detrarre		➤		
TOTALE B		➤		

La presente dichiarazione è redatta ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge 4 gennaio 1968, n. 15, come modificata dall'art. 3, comma 2, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e il sottoscritto/a è a conoscenza che, per la valutazione dei servizi o periodi suindicati, è necessaria la presentazione di apposita domanda ai sensi dell'art. 147 del D.P.R. 1092/73 e successive modificazioni e/o integrazioni per il computo con o senza riscatto e, ai sensi delle leggi 523/54, 44/73, 29/79 e 45/90, per la ricongiunzione.

ISTANZE PRODOTTE AI FINI PREVIDENZIALI E PENSIONISTICI

Computo e riscatto	Prot. n°	del
Ricongiunzione L.29/79	Prot. n°	del
Ricongiunzione L. 523/74	Prot. n°	del
Riscatto B. Enpas	Prot. n°	del
Delibera Enpas	N°	del
Accr.Maternità D.L.vo 151/01	Prot. n°	del

segue

segue DICHIARAZIONE DEI SERVIZI

Ha richiesto TOTALIZZAZIONE	Prot. n°	del
Adesione Fondo ESPERO	Prot. n°	del

Data _____

Firma _____

Note.....
.....

UFFICIO PENSIONI
Ufficio Scolastico Provinciale
MONZA

Cognome e Nome

Qualifica

Cessato dal servizio a decorrere dal

Pagamento riscatto buonuscita (pos.Delibera del)

Debito originario.....

Data iniziale della trattenuta.....

Data di cessazione della trattenuta.....

Numero della rate trattenute.....

Importo contributo complessivo versato €.....

Residuo debito.....

IL DIRIGENTE

Allegato 3

Spett.le
I.N.P.D.A.P. – Istituto Nazionale di
Previdenza per i Dipendenti
dell'Amministrazione Pubblica
S E D E D I M I L A N O

l sottoscritt _____ nat_ a
_____ (____) il _____ ex dipendente
dell'Amministrazione _____

CHIEDE

che l'indennità premio servizio/buonuscita gli venga accreditata presso:

Banca _____
Agenzia n. _____ Indirizzo: _____
Conto corrente n. _____
Intestato a: _____

Coordinate IBAN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Attenzione!

Al fine di poter effettuare correttamente l'accreditamento, La preghiamo di riempire tutti i campi di cui sopra sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto inviato dalla banca, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es. *, ; - /). In particolare il numero del conto corrente bancario dovrà essere obbligatoriamente in 12 caratteri.

Milano, _____

In fede
