

**QUESTIONARIO DA ALLEGARE ALLE DOMANDE DI PRESTAZIONI DI VECCHIAIA,
INVALIDITA' ED INABILITA' IN REGIME DI U.E.**

Con il presente questionario l'INPS-gestione ex ENPALS desidera conoscere il maggior numero di informazioni possibili sulla Sua vita lavorativa all'estero.

Le notizie che Le chiediamo, unitamente ai documenti assicurativi in Suo possesso che alleggerà al presente questionario, sono indispensabili per accertare nel più breve tempo possibile, presso le Istituzioni degli Stati in cui Lei ha prestato attività lavorativa, il diritto alla pensione di vecchiaia o di invalidità in regime U.E. che ha richiesto.

Se preferisce, potrà rivolgersi ad uno degli Enti di patronato riconosciuti dalla legge che Le daranno assistenza completamente gratuita per tutto ciò che attiene la compilazione, l'inoltro della pratica di pensione ed i rapporti con i nostri uffici per la definizione della stessa.

Richiedente la pensione:	
Cognome _____	Nome _____
Cognome del marito _____	
Data di nascita _____	Luogo di nascita _____ Prov. _____
Cittadinanza (1) _____ data di naturalizzazione ____/____/____	
Residente a _____	Prov. _____ C.a.p. _____
Via _____	n. _____ Stato _____
E-mail _____	Cell. _____
Coniugato/a (2) il _____ con: Cognome _____ Nome _____	
Vedovo/a dal _____ Separato/a dal _____	
Divorziato/a dal _____ Rimaritato/a dal _____	
Note	
(1) Alleghi la relativa certificazione o la dichiarazione sostitutiva. Qualora il richiedente non sia più in possesso della cittadinanza di uno dei Paesi della U.E., è sufficiente che dimostri di averla avuta quando prestava attività lavorativa nei suddetti Paesi.	
(2) In caso di convivenza, i richiedente la pensione a carico dei Paesi Bassi, dell'Islanda, della Finlandia, della Norvegia e del Belgio dovranno fornire le notizie negli appositi allegati al presente modulo riguardanti i suddetti Stati.	

Indichi con una X lo Stato o gli Stati in cui il richiedente ha lavorato o ha risieduto.

	A	AUSTRIA		GR	GRECIA		P	PORTOGALLO
	B	BELGIO		H	UNGHERIA		PL	POLONIA
	BG	BULGARIA		IE	IRLANDA (EIRE)		RO	ROMANIA
	CY	CIPRO		IS	ISLANDA		E	SPAGNA
	CZ	REPUBBLICA CECA		FL	LIECHTENSTEIN		S	SVEZIA
	DK	DANIMARCA		L	LUSSEMBURGO		SI	SLOVENIA
	EST	ESTONIA		LT	LITUANIA		SK	SLOVACCHIA
	FIN	FINLANDIA		LV	LETTONIA			
	F	FRANCIA		MT	MALTA			
	D	GERMANIA		N	NORVEGIA			
	GB	GRAN BRETAGNA IRLANDA DEL NORD	E	NL	PAESI BASSI		CH	SVIZZERA

QUADRO 1**NOTIZIE CONCERNENTI I PERIODI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA**

Stato dove ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

ATTENZIONE: SE HA LAVORATO IN AUSTRIA - BELGIO - DANIMARCA - FINLANDIA - FRANCIA - GERMANIA - GRECIA - ISLANDA - LIECHTENSTEIN - NORVEGIA - PAESI BASSI - PORTOGALLO - REGNO UNITO - SPAGNA - SVEZIA, DOPO AVER COMPILATO IL PRESENTE QUADRO 1 FORNISCA LE ULTERIORI NOTIZIE RICHIESTE NEGLI APPOSITI ALLEGATI RELATIVI AI SUDDETTI STATI

O DI RESIDENZA ALL'ESTERO DELL'ASSICURATO O PENSIONATO DEFUNTO

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

NOTE

1. Indichi "dipendente", se ha lavorato alle dipendenze di terzi, "autonoma" in tutti gli altri casi, specificando il tipo di attività autonoma svolta. Non indichi niente in caso di sola residenza.
2. Indichi se si tratta di assicurazione obbligatoria o volontaria.
3. Indichi l'Istituzione estera presso la quale può far valere periodi di assicurazione.
4. Indichi con esattezza il numero di matricola o di assicurazione estera che è rilevabile dai documenti assicurativi esteri in Suo possesso e, per la Danimarca, la Svezia e la Norvegia, il numero di identificazione personale. Questi dati sono fondamentali ai fini della ricostruzione della carriera assicurativa estera, in particolare per chi ha lavorato in Francia e in Germania.

QUADRO 2 NOTIZIE CONCERNENTI I FAMILIARI DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE**CONIUGE *)**

*)in caso di più coniugi divorziati compilare, su fotocopia, il quadro "CONIUGE" per ciascuno di essi

A) Dati anagrafici:

cognome	nome	cognome del coniuge
---------	------	---------------------

Nato/a il _____ Cittadinanza _____

Codice fiscale: _____

B) Dati reddituali:

Presta attività lavorativa retribuita? SI NO Se "SI" indichi l'importo lordo annuo del reddito (5)
derivante da tale attività: € _____Percepisce altri redditi? SI NO Se "SI" indichi
la natura (es. pensione, canoni locazione, interessi su titoli, dividendi, ecc.) _____

e l'importo lordo annuo di tali redditi € _____

Ha presentato domanda di pensione? SI NO È titolare di pensione? SI NO

Se "SI" indichi:

- il tipo di pensione _____
- l'importo lordo: annuo € _____ settimanale (6) € _____
- l'Istituzione erogatrice _____ la decorrenza _____

se derivante da lavoro: dipendente autonomo o per residentiRiceve prestazioni: per disoccupazione SI NO per malattia SI NO per inabilità SI NO

Importo lordo annuo € _____ decorrenza _____

È inabile al lavoro? SI NO

(5) Considerare l'anno della presentazione della domanda di pensione.

(6) Solo per le Istituzioni irlandesi, austriache, e del Regno Unito

FIGLI**A) Dati anagrafici dei figli:**

Cognome, nome e condizione (7) Luogo e data di nascita, matrimonio o morte Relazione di parentela (8)

1. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

2. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

3. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

4. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

B) Indirizzo dei figli:I figli risiedono con il richiedente la pensione? SI NO

Se "NO" indichi l'indirizzo del/i figlio/i:

1. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

2. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

3. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

4. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

C) Redditi dei figli (indicare gli importi annuali) (9)

	Attività lavorativa e Retribuzione(9)	Pensioni o indegnità	Altri redditi (10) specificare la natura
Figlio N°1	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____
Figlio N°2	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____
Figlio N°3	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____
Figlio N°4	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____

(7) Indicare se si tratta di figlio disabile, studente, apprendista, etc..

(8) Indicare se si tratta di figlio legittimo, naturale o adottivo.

(9) Si devono dichiarare tutti i redditi ad eccezione delle indennità di buonuscita, prestazioni familiari, arretrati salariali, rendite vitalizie per infortuni sul lavoro o malattie professionali, pensioni di guerra, pensioni per infortuni occorsi durante il servizio militare, assegno di sostentamento e cura, indennità di trasferta.

(10) per "altri redditi" si intende redditi derivanti da beni immobili o da capitali (depositi o c/c bancari e postali, titoli pubblici, fondi di investimento, azioni, obbligazioni, etc.)

Vengono erogate prestazioni familiari per qualche figlio? SI NO

In caso affermativo indicare:

- il genitore o la persona che riceve le prestazioni _____
- nome del figlio _____ € _____
- nome del figlio _____ € _____

Istituzione/i responsabile/i del pagamento di dette prestazioni:

- Denominazione _____
Indirizzo _____
- Denominazione _____
Indirizzo _____

Il figlio menzionato al punto _____ è inabile al lavoro.

È allegato il certificato medico? SI NO

QUADRO 3 NOTIZIE RIGUARDANTI EVENTUALI PRESTAZIONI PERCEPITE DAL RICHIEDENTE LA PENSIONE

Beneficia delle seguenti prestazioni da parte di Enti o Organismi italiani o esteri ovvero ne ha fatto richiesta? SI NO

Se "SI" contrassegni con X l'ipotesi che ricorre:

	ha chiesto	beneficia
a) pagamento della retribuzione in caso di malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) indennità dell'assicurazione malattia per inabilità al lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) indennità per riabilitazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pensione di invalidità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) pensione di vecchiaia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) pensione ai superstiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) rendita per infortunio o malattia professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) prestazione di tipo pensionistico erogata dall'assicurazione auto obbligatoria (11)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) indennità di disoccupazione o di prepensionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) prestazione familiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) rimborso dei contributi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) trasferimento dei contributi (12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) altre prestazioni (da specificare)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

(11) Da indicare per le Istituzioni finlandesi.

(12) Da indicare per le Istituzioni del Liechtenstein.

Formisca ulteriori informazioni per le prestazioni da a) a 1):

Istituzione debitrice e Stato Nr. di riferimento (14)	Tipo (13)	Decorezza Dal al	Importo in Euro (15) – A;M;S;G
			€ ()
			€ ()
Nr.			€ ()
			€ ()
			€ ()
			€ ()
			€ ()
			€ ()

QUADRO 4 NOTIZIE SULL'EVENTUALE ATTIVITÀ LAVORATIVA E SUI REDDITI DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE

- Esercita ancora un'attività lavorativa retribuita? SI NO
1. Se lavora indichi:
- a) la natura dell'attività SUBORDINATA AUTONOMA
- b) se in avvenire intende cessare tale attività SI NO
da quando: ___/___/___
- c) l'importo lordo (16) annuo del reddito da lavoro: € _____
- d) se intende differire la liquidazione della pensione estera SI NO
se "SI" indichi a quale data: _____
2. Se non lavora indichi:
- a) la data in cui ha cessato di lavorare: ___/___/___
come lavoratore subordinato come lavoratore autonomo
- b) se in avvenire intende esercitare un'attività lavorativa retribuita: SI NO
la natura dell'attività che prevede di esercitare SUBORDINATA AUTONOMA
per il lavoro autonomo, specifichi il tipo di attività _____
- c) se è inabile al lavoro SI NO
in caso affermativo:
- alleggi un certificato medico su modello SS3 con la data iniziale dell'infermità
 - indichi se le sue capacità funzionali sono diminuite a causa di:
 malattia incidente infortunio sul lavoro terza persona
 - indichi se ha bisogno di una terza persona per compiere gli atti
usuali della vita SI NO
- d) se dall'inizio dell'inabilità è stato sottoposto a riabilitazione professionale SI NO
in caso affermativo indichi:
- per svolgere quale tipo di lavoro _____
 - presso quale datore di lavoro _____
 - la data di inizio _____ e di cessazione _____ della nuova attività

(13) Riportare in questa colonna la lettera alfabetica che contraddistingue la prestazione ottenuta o richiesta.

(14) Indichi la denominazione dell'Istituzione ed il relativo indirizzo.

(15) Indicare l'importo annuale se conosciuto oppure quello mensile. Per le prestazioni a carattere settimanale o giornaliero indicare l'importo corrispondente. A seconda che si tratti di importo annuale, mensile, settimanale o giornaliero scrivere nell'apposito riquadro la lettera iniziale corrispondente: A. M. S. G.

(16) L'anno da prendere in considerazione è quello di presentazione della domanda di pensione

e) se ha bisogno di un terza persona per compiere gli atti usuali della vita indichi i dati relativi all'assistente

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Percepisce altri redditi?

SI

NO

Se "SI" indichi:

a) la natura del reddito (es. canoni di locazione, interessi su titoli, dividendi, ecc.)

b) l'importo lordo annuo di tale reddito: € _____

QUADRO 5 NOTIZIE SULLA RISCOSSIONE DELLA PENSIONE TRAMITE BANCA

• Denominazione e indirizzo della Banca designata:

• Coordinate bancarie o indirizzo per il pagamento diretto:

• Nome del beneficiario noto alla Banca: _____

• Codice di identificazione della Banca: _____

• IBAN _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità, che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data _____

Firma _____

Notizie relative al richiedente la pensione

Cognome _____ Nome _____ numero di _____
 a _____ prov. _____ Stato _____
 Numero di iscrizione al registro della popolazione _____
 Ultimo indirizzo in Finlandia _____

❖ Indichi in quale lingua desidera ricevere il provvedimento di pensione: finlandese svedese

❖ Risponda alle seguenti domande:

Intende beneficiare della maggiorazione per il coniuge sulla pensione nazionale? SI NO

Se SI, indichi il motivo per il quale il coniuge si trova nell'impossibilità di svolgere

- un'attività lavorativa
- cura dei figli
- assistenza ad un familiare ammalato

familiare assistito (cognome e nome)

rapporto di parentela

tipo di assistenza e cura richiesti

❖ Intende beneficiare dell'assegno per sostentamento e cura (National Pension Act)? SI NO

❖ Grado di istruzione o formazione dell'assicurato:

di base _____ superiore _____

Indicare gli ultimi corsi frequentati o diplomi conseguiti precisando le date

❖ Descrivere l'attività svolta dall'assicurato precisando se a tempo pieno o parziale, con retribuzione oraria o a cottimo, diurna o notturna, etc

mansioni svolte _____ mutamento di mansioni _____
 L'attività svolta è stata ridotta volontariamente? SI NO
 Indicare le ore lavorative settimanali dopo la riduzione _____
 ore (hh:mm) _____ importo della retribuzione in € _____

Nome e indirizzo dell'ultimo datore di lavoro: _____

Se l'assicurato ha beneficiato di prestazioni di disoccupazione negli ultimi tre anni indicare l'importo delle prestazioni in € _____ e l'ente erogatore delle stesse _____

Il richiedente è lavoratore autonomo? SI NO

Se l'impresa non appartiene più al richiedente precisare _____
 da quando è stata ceduta _____ o data in affitto _____ o in leasing _____

Il richiedente è inabile al lavoro? SI NO
 Se SI indichi se dall'inabilità deriva un aggravio continuativo della sua spesa SI NO

Notizie riguardanti il convivente della del richiedente la pensione

A. Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____ nato a il _____
 a _____ prov _____ Stato _____

B. Data di inizio della convivenza

C. Dati reddituali del/della convivente:

Presta attività lavorativa retribuita? SI NO

Se SI indichi l'importo lordo annuo (L) del reddito da lavoro: € _____

Il/la convivente percepisce altri redditi? SI NO

Se SI indichi:

a) la natura del reddito (canoni di locazione, dividendi, etc.) _____

b) l'importo lordo annuo (L) _____ €

Il/la convivente, di età compresa tra il 60 e il 65 anno, è inabile al lavoro? SI NO

Il convivente:

ha presentato domanda di pensione? SI NO

È titolare di pensione? SI NO

Se SI indichi la categoria _____ il tipo _____

l'importo lordo annuo € _____ settimanale € _____

l'Istituzione erogatrice _____ la decorrenza _____

se derivante da: lavoro autonomo per residenti

Riceve prestazioni per disoccupazione: SI NO

Per malattia: SI NO

Per inabilità: SI NO

Note:

(1) L'anno da considerare è quello della presentazione della domanda di pensione

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data _____

Firma _____

DANIMARCA FRANCIA NORVEGIA SVEZIA

Notizie riguardanti il/la convivente della/del richiedente la pensione

Cognome _____ Nome _____ nato a il _____
 a _____ prov. _____ Stato _____

DANIMARCA - NORVEGIA

Ultimo indirizzo in Danimarca o Norvegia:

Via _____ n. _____
 Città _____ Stato _____

DANIMARCA

Numero di iscrizione al registro anagrafico della popolazione (CPR):

FRANCIA

Se si richiede la pensione di invalidità indicare mese per mese il numero di ore di attività lavorativa prestate negli ultimi 12 mesi (1):

Anno	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC

I cittadini francesi nati fuori dalla Francia devono indicare:

Cognomi e nomi del padre:

Cognomi e nomi della madre:

SVEZIA

Numero personale svedese _____

NORVEGIA

- Numero di identificazione personale: _____
- L'assicurato beneficia o ha fatto richiesta delle seguenti prestazioni?

	Ha chiesto	Beneficia
1. prestazione base per le spese extra di malattia permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. prestazione assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. il coniuge dell'assicurato beneficia di una pensione in qualità di non lavoratore ovvero ne ha fatto richiesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Dell'ultima attività esercitata prima dell'invalidità inabilita indicare:
 la durata settimanale (in ore) _____ e il reddito di € _____

Notizie riguardanti il/la convivente del richiedente la pensione (solo NORVEGIA)

Cognome _____ Nome _____ nato a il _____
 a _____ prov. _____ Stato _____ data inizio convivenza _____

- Presta attività lavorativa? SI NO
- Se SI si indichi l'importo lordo annuo (1) derivante da tale attività € _____
- Percepisce altri redditi? SI NO

ISLANDA PAESI BASSI BELGIO REGNO UNITO

Notizie relative al richiedente la pensione

I. Dati anagrafici

Cognome a _____ Nome prov. _____ Stato _____ nato a il _____

ISLANDA

Ultimo indirizzo in Islanda _____ n.
Via _____
Città _____

Numero personale islandese (Kennitala) _____

BELGIO - REGNO UNITO

Il richiedente prestazioni di invalidità inabilità fornisce le seguenti notizie relative agli ascendenti ed altri componenti del nucleo familiare:

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____
Indirizzo _____

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____
Indirizzo _____

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Rapporto di parentela _____
Indirizzo _____

OLANDA

Codice SOFI: del richiedente _____ del coniuge _____
La pensione di vecchiaia richiesta si basa su contribuzione del richiedente del coniuge

**Notizie riguardanti il/la convivente del/della richiedente la pensione
solo ISLANDA - PAESI BASSI**

Dati anagrafici

Cognome a _____ Nome prov. _____ Stato _____ nato a il _____

Solo OLANDA Codice SOFI: _____

Data di inizio della convivenza _____

(segue)

2. Dati reddituali del/della convivente:

Presta attività lavorativa retribuita? SI NO
 Se SI indichi l'importo annuo (I) del reddito derivante da tale attività, €
 Percepisce altri redditi? SI NO
 Se SI indichi:
 - la natura del reddito (pensioni, canoni di locazione, dividendi, etc.)
 - l'importo lordo annuo (I) di tale reddito: €

II/La convivente:
 di età compresa tra il 60° ed il 65° anno è inabile al lavoro? SI NO

II/La convivente:
 ha presentato domanda di pensione? SI NO
 è titolare di pensione SI NO

Se SI indichi:
 la categoria _____ il tipo _____
 importo annuo settimanale € _____
 Istituzione erogatrice _____ la decorrenza _____
 se derivante da lavoro dipendente autonomo per residenti
 riceve prestazioni per: disoccupazione malattia inabilità

Note: (I) L'anno da considerare è quello della presentazione della domanda di pensione

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data _____

Firma _____

- AUSTRIA GERMANIA GRECIA PORTOGALLO SPAGNA
 LIECHTENSTEIN

I. Dati anagrafici

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ Stato _____

LIECHTENSTEIN

Numero assicurazione AHV _____

L'interessato: beneficia ha chiesto

la pensione del regime occupazionale a titolo di compensazione in denaro: SI NO

Per i figli studenti o apprendisti allegare alla domanda di pensione il relativo certificato di studio o apprendistato.

Indicare i periodi di lavoro, residenza e formazione del coniuge dell'assicurato (attuale o ex):

Periodi (gg/mm/aaaa)		Datore di lavoro o indirizzo di residenza	Tipo di attività o formazione
Dal	Al		

PORTOGALLO

Numero del codice fiscale portoghese del richiedente _____

Codice del distretto fiscale portoghese _____

Se i figli frequentano una scuola indicare il livello di scuola frequentata:

Se frequentano un corso di addestramento professionale indicare:

- il titolo di studio richiesto _____

- il reddito mensile eventualmente percepito € _____

SPAGNA

- Cognome (I) e Nome del padre _____

- Cognome (I) e nome della madre _____

- Numero della carta di identità nazionale (D.N.I.) anche se scaduta _____

- Specificare se l'attività lavorativa svolta è soggetta all'obbligo assicurativo SI NO

AUSTRIA – GERMANIA – LIECHTENSTEIN

Se il richiedente la pensione ha un rappresentante legale (consigliere legale, tutore, curatore) indicare:

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Per i cittadini di tutti gli altri STATI

In caso di danno causato da terzi specificare:

- se si ha diritto ad una indennità a carico del terzo SI NO
- l'importo mensile di detta indennità: €

Note

(1) Indicare entrambi i cognomi di nascita

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data

Firma _____

Mi impegno a comunicare all'Inps – Gestione ex Enpals qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 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 – Gestione ex Enpals con sede in Roma, Viale Regina Margherita 206, 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, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, 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 – Gestione ex Enpals 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, altri 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 – Gestione ex Enpals la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice.