iPost

Mod. PSFS

Istituto Postelegrafonici
Gestione Previdenziale
Viale Asia 67
00144 ROMA

Richiesta Pensione ai superstiti

(Barrare la voce che interessa)

Protocollo

- ☐ Pensione di Reversibilità
- ☐ Pensione Indiretta

- ☐ Fratello/Sorella

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici		
	Cognome	
	Nome	
	Nato/a il	(gg/mm/aaa)
	A	Prov.

Domicilio			
	Via	N.°	
	Città	Prov..	
	Cap	Numero telefonico	
	E-mail		
Residenza fiscale	Comune	Prov.	

Quale FRATELLO/SORELLA di:

Dati iscritto deceduto		
	Cognome	
	Nome	
	Nato/a il	(gg/mm/aaa)
	a	Prov.

☐ **Chiede la reversibilità della pensione** ☐ **Chiede la pensione indiretta**

ed a tal fine **DICHIARA**

Codice fiscale	
	Di essere in possesso del seguente codice fiscale:

Nascita morte e codice fiscale dell'iscritto deceduto		
	Che il/la sig/ra:	
	Cognome	
	Nome	
	Nato/a il	(gg/mm/aaa)
	A	Prov.
	Codice fiscale	
	Deceduto/a il	(gg/mm/aaa)
	☐ Senza lasciare coniuge, figli e genitori	☐ Che il coniuge, figli e genitori non hanno diritto a pensione

Inabilità	
	☐ di essere totalmente e permanentemente inabile (allega il relativo certificato medico rilasciato dalla Commissione Sanitaria competente)

Stato civile	
	☐ di essere celibe/ nubile

Paternità maternità		
	Che è nato/a da:	
	paternità	
	maternità	

Dichiarazione																				
	Che il proprio nucleo familiare, alla data di morte del dante causa, si compone di:																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il									a								Prov.		
	parentela																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il									a								Prov.		
	parentela																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il									a								Prov.		
	parentela																			
	Cognome																			
	Nome																			
	Nato/a il									a								Prov.		
	parentela																			

Trattamenti di pensione percepiti	
	☐ **Che non è titolare di pensione**
	☐ **Che è titolare della pensione n°……..categoria……..** **concessa da ……..**

Reddito	
	Che nell'anno: ……(anno di morte dell'iscritto) <u>era a suo carico, convivente</u> e
	☐ **Non ha posseduto o non possiede alcun reddito**
	☐ **Ha posseduto o possiede un reddito annuo lordo di € ……..**

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo. Dichiara inoltre, di essere consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sul diritto o sulla misura della pensione, che non siano già conosciuti dall'**IPOST** comporta, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme indebitamente riscosse. (**D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)**.

Data_____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati -** Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Allegare fotocopia documento valido e fotocopia codice fiscale

iPost

Allegato 1

Richiesta Detrazioni d'Imposta

Il/la sottoscritto/a

	Cognome																							
	Nome																							

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 12 e 13 del D.P.R. 22/12/1986 n. 917 e successive modifiche e ai sensi del DPR 28/12/2000 n 445
sotto la sua responsabilità, di aver diritto alle seguenti detrazioni d'imposta annue a partire dal ……..

SI	NO	
		Detrazione per redditi di lavoro dipendente o pensione (art.13 TUIR)
		Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato
		Detrazione per il primo figlio in sostituzione del coniuge
		Detrazione del 50% per n° ……. Figli di età inferiore ai tre anni
		Detrazione del 100% per n° …… Figli di età inferiore ai tre anni
		Detrazione del 50% per n° ……. Figli di età superiore ai tre anni
		Detrazione del 100% per n° …… Figli di età superiore ai tre anni
		Detrazione del 50% per n° ……. Figli di età inferiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 100% per n° …… Figli di età inferiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 50% per n° ……. Figli di età superiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 100% per n° …… Figli di età superiore ai tre anni portatori di handicap
		Detrazione del 50% per n° ……. Altri familiari a carico
		Detrazione del 100% per n° ……. Altri familiari a carico

FAMILIARI PER I QUALI VENGONO <u>RICHIESTE</u> LE DETRAZIONI D'IMPOSTA PER L'ANN0 _____

	Cognome e Nome	Nato/a il
	A	Prov.
	Codice Fiscale	Grado di Parentela
	Cognome e Nome	Nato/a il
	A	Prov.
	Codice Fiscale	Grado di Parentela
	Cognome e Nome	Nato/a il
	A	Prov.
	Codice Fiscale	Grado di Parentela
	Cognome e Nome	Nato/a il
	A	Prov.
	Codice Fiscale	Grado di Parentela

AVVERTENZE

La detrazione per i familiari a carico spetta a condizione che il familiare possegga un reddito complessivo non superiore a € 2.840,51 annui, al lordo degli oneri deducibili.
La presente dichiarazione, inoltre, ha effetto su tutti gli eventuali altri trattamenti di quiescenza intestati allo stesso pensionato.

Data_____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

iPost

Assegno per il nucleo familiare

Il/la sottoscritto/a

	Cognome
	Nome

Chiede l'assegno per il nucleo familiare a decorrere dal ..../..../.....
e a tal fine

DICHIARA:

Dichiarazione	☐	**Di non godere della pensione INPS**		
	☐	**Di godere della pensione INPS dal**	**Categoria**	**Numero**

Barrare con una X solo le caselle interessate		
Stato civile		di essere CELIBE/NUBILE
		di essere VEDOVO/A
		di essere SEPARATO/A
		di essere DIVORZIATO/A

Che il proprio nucleo familiare, compreso il dichiarante è composto come segue:

1	**Cognome**		
	Nome		
	Data di Nascita	**Luogo**	
	Grado di Parentela		
	Codice Fiscale		
2	**Cognome**		
	Nome		
	Data di Nascita	**Luogo**	
	Grado di Parentela		
	Codice Fiscale		
3	**Cognome**		
	Nome		
	Data di Nascita	**Luogo**	
	Grado di Parentela		
	Codice Fiscale		
4	**Cognome**		
	Nome		
	Data di Nascita	**Luogo**	
	Grado di Parentela		
	Codice Fiscale		

5	Cognome																						
	Nome																						
	Data di Nascita									Luogo													
	Grado di Parentela																						
	Codice Fiscale																						
6	Cognome																						
	Nome																						
	Data di Nascita									Luogo													
	Grado di Parentela																						
	Codice Fiscale																						

Che la persona indicata al punto ….. si trova nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro ovvero, se minorenne, ha difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (si allega la certificazione rilasciata dalla A.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali).

Che la persona indicata al punto …. è studente (si allega autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 o copia del certificato di frequenza scolastico/universitaria).

Che la persona indicata al punto …. è apprendista (si allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000).

Che nell'anno	……..	Il reddito complessivo del proprio nucleo familiare percepito ammonta ad euro	
		di cui il reddito complessivo da lavoro dipendente e assimilato ammonta ad euro	

Che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare al lordo degli oneri deducibili comprende:

- **Il reddito da lavoro dipendente e assimilato** (esempio: retribuzione, pensione, ecc.) compresi i redditi assoggettati a tassazione separata esclusi eventuali trattamenti di fine rapporto e le anticipazioni;
- **I redditi di terreni e fabbricati** (al lordo della deduzione prevista per la casa di abitazione)
- **I redditi di lavoro autonomo o d'impresa**
- **I redditi esenti od assoggettati a ritenuta d'imposta alla fonte od imposta sostitutiva** (esempio: interessi su depositi bancari, su titoli, assegni alimentari corrisposti da ex coniuge per figli ecc.) **di importo superiore annuo ad** euro 1032,91.

Che la somma dei redditi da lavoro dipendente, da pensione o da altra prestazione previdenziale derivante da lavoro dipendente è superiore od uguale al 70% del reddito complessivo del nucleo familiare.

Consapevole delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a comunicare, entro 30 giorni, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo. Dichiara inoltre, di essere consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sul diritto o sulla misura della prestazione, che non siano già conosciuti dall'**IPOST** comporta, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme indebitamente riscosse. (**D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000)**.

Data_____ Firma _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

iPost

Riscossione presso sportello postale

Il/la sottoscritto/a

	Cognome																							
	Nome																							

CHIEDE

di poter riscuotere la pensione presso un qualsiasi sportello Postale sul territorio Nazionale.

Luogo e Data

_____

Firma

_____

Avvertenze per il titolare ai fini della riscossione della pensione presso lo sportello dell'ufficio postale occorre esibire un documento valido di riconoscimento e fotocopia del codice fiscale.

Avvertenze per il delegato ai fini della riscossione della pensione presso lo sportello dell'ufficio postale occorre esibire un documento valido di riconoscimento, fotocopia del codice fiscale, documento e codice fiscale del titolare della pensione.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Accredito della pensione su Conto BancoPosta

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici	
Cognome	
Nome	
Nato/a il	(gg/mm/aaaa)
A	Prov.
Codice Fiscale	

Chiede l'accreditamento, in via continuativa, dell'importo della pensione
(D.P.R. n. 138 del 19 aprile 1986 e D.P.R. n. 429 dell'8 luglio 1986)

sul proprio conto corrente postale :

Paese	Cin Eur	Cin	Banca (ABI)	Agenzia (CAB)	Numero Conto

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali

Avvertenze: Si prega di riempire tutti i campi sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto inviato da Poste italiane, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es. *, ; -/)

Dichiara

di essere a conoscenza:

a) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario si impegna/no a comunicare tempestivamente, in forma scritta, all' IPOST il venire meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il godimento del trattamento pensionistico e degli annessi assegni accessori;
b) che l'incompleta o la mancata segnalazione dei fatti o stati, che incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento pensionistico, comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse
c) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario autorizza/no Poste Italiane, su disposizione di IPOST, a prelevare d'ufficio le somme erroneamente o indebitamente accreditate sul Conto Corrente sopraindicato, con effetto anche nei confronti di eventuali eredi.
d) che la richiesta di accredito della pensione può essere revocata solo dal sottoscritto titolare della pensione.

Data _____ Firma del titolare della pensione_____

Firma del cointestatario del conto_____

Codice Fiscale del cointestatario _____

Spazio per l'Ufficio Postale previo accertamento dell'identità del richiedente.

Poste italiane – Ufficio di …… Filiale di ……
Indirizzo ……

Coordinate Postali

Cod. IBAN _____

Cod. BIC _____

Data _____ **Firma** _____

Timbro dell'Ufficio Postale

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati -** Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Accredito della pensione su Conto Corrente Bancario

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici	
Cognome	
Nome	
Nato/a il	(gg/mm/aaaa)
A	Prov.
Codice Fiscale	

Chiede l'accreditamento, in via continuativa, dell'importo della pensione
(D.P.R. n. 138 del 19 aprile 1986 e D.P.R. n. 429 dell'8 luglio 1986)

sul proprio conto corrente bancario :

Paese	Cin Eur	Cin	Banca (ABI)	Agenzia (CAB)	Numero Conto

IBAN - Coordinate Bancarie Internazionali

Avvertenze: Si prega di riempire tutti i campi sulla base delle coordinate riportate sull'estratto conto inviato dalla banca, utilizzando solo lettere maiuscole o numeri e non altri caratteri (es. *, ; -/)

Dichiara

di essere a conoscenza:

a) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario si impegna/no a comunicare tempestivamente, in forma scritta, all'IPOST il venire meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il godimento del trattamento pensionistico e degli annessi assegni accessori;
b) che l'incompleta o la mancata segnalazione dei fatti o stati, che incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento pensionistico, comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse
c) che il sottoscritto e l'eventuale cointestatario autorizza/no l'Istituto di Credito, su disposizione di IPOST, a prelevare d'ufficio le somme erroneamente o indebitamente accreditate sul Conto Corrente sopraindicato, con effetto anche nei confronti di eventuali eredi.
d) che la richiesta di accredito della pensione può essere revocata solo dal sottoscritto titolare della pensione.

Data _____ Firma del titolare della pensione_____

Firma del cointestatario del conto_____

Codice Fiscale del cointestatario _____

Spazio per l'Istituto di Credito previo accertamento dell'identità del richiedente.

Istituto di Credito …… Agenzia n.ro ……

Indirizzo ……

Coordinate Bancarie

Cod. IBAN _____

Cod. BIC _____

Data _____ **Firma** _____

Timbro dell'Istituto di Credito

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.
La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati -** Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

iPost

Mod. IPOST CARD

Istituto Postelegrafonici
Servizio Previdenza
Viale Trieste 237
61100 PESARO

Protocollo

Richiesta Accredito della Pensione
su IPOST CARD

Il/la sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome																						
	Nome																						
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)																					
	A																			Prov.			
	Codice Fiscale																						
	Matricola												Fascicolo										

Domicilio	Via																			N.ro			
	Città																			Prov.			
	Cap						Numero Telefonico																

Chiede l'accreditamento, in via continuativa, dell'importo della pensione sulla propria IPOST CARD

	rilasciata presso l'Ufficio Postale relativo al frazionario numero												
	relativa al DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE numero												

<u>Attenzione la seguente richiesta va inoltrata solo dopo aver attivato l'Ipostcard presso l'ufficio postale</u>

Dichiara

a) di essere il Titolare della pensione e della IPOST Card sulla quale, con il presente modulo, ne richiede l'accredito;
b) di impegnarsi a comunicare tempestivamente, in forma scritta, all'IPOST il venire meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il godimento del trattamento pensionistico e degli annessi emolumenti accessori;
c) di essere a conoscenza che l'incompleta o la mancata segnalazione dei fatti o stati, che incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento pensionistico, comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse;
d) di autorizzare Poste Italiane, su disposizione di IPOST, a prelevare d'ufficio le somme erroneamente o indebitamente accreditate sulla IPOST Card sopraindicata, con effetto anche nei confronti di eventuali eredi.
e) di essere a conoscenza che la richiesta di accredito della pensione può essere revocata solo dal sottoscritto titolare della pensione.

Data _____ Firma del titolare della pensione_____

Informativa ai sensi dell'art.13 del Dlgs 196/03 – Privacy.

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell''accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo al titolare dei dati Istituto Postelegrafonici - Viale Asia 67 - 00144 Roma - altrimenti al responsabile dell'Ufficio Privacy ufficioprivacy@ipost.it

iPost

Allegato 7

Delega per la riscossione della pensione

Io sottoscritto/a

Cognome	
Nome	

Delego

La persona sotto indicata a riscuotere, in mio nome e vece, quanto dovutomi in relazione alla pensione

Dati del Delegato	
Cognome	
Nome	
Nato/a il	(gg/mm/aaaa)
A	Prov.
Codice Fiscale	

Domicilio	
Via	n.ro
Città	Prov.
Cap	Numero Telefonico
E-mail	

Luogo e data _____ Firma del delegante_____

Io sottoscritto _____ Funzionario preposto

ATTESTO CHE

Il delegante sig. _____

Identificato a mezzo _____

	(eventuale) Impossibilitato a firmare
	Poiché impedito per cause di natura fisica
	Poiché incapace di scrivere

A conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 49 del D.P.R. 600/1973, e successive modificazioni, e l'obbligo di comunicare tempestivamente all'Ipost 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'Ipost e dell'ufficio pagatore da ogni responsabilità al riguardo

Data _____ Timbro _____ Firma _____

La firma del delegante deve essere autenticata a norma dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000

DICHIARAZIONE DEL DELEGATO

Io sottoscritto/a dichiaro di essere a conoscenza dell'obbligo di comunicare ogni qualsiasi variazione così come disposto dall'art. 34 della Legge 29/04/76 numero 177.

"E' fatto obbligo al titolare della pensione o di assegno rinnovabile di comunicare all'IPOST il verificarsi di qualsiasi evento che comporti la cessazione del pagamento ovvero la riduzione o la sospensione degli assegni accessori. Analogo obbligo è fatto anche al rappresentante volontario per gli eventi di cui egli possa essere a conoscenza per motivi inerenti all'incarico a lui conferito.

Il delegato risponde dei danni eventualmente arrecati dall'omessa o tardiva comunicazione di cui al precedente comma

Data _____ Firma del Delegato _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Dlgs 196/03 – Privacy.

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali e l'eventuale comunicazione a terzi (es. Inps, Inpdap, Poste Italiane, Banche ecc) è effettuato esclusivamente per i fini Istituzionali dell'Ipost. A tal fine possono essere utilizzati sistemi elettronici e/o automatizzati. I dati richiesti sono obbligatori, di conseguenza, in caso di rifiuto l'Ipost non sarà in grado di adempiere a quanto richiesto. I dati personali forniti ai fini dell'accesso a servizi, compreso il codice fiscale, sono utilizzabili unicamente con le modalità tecniche necessarie per identificare l'interessato e per verificare la sua legittimazione al servizio. L'accesso ai dati forniti, ai sensi dell'art. 7, è consentito scrivendo: **al Titolare dei dati** - Istituto Postelegrafonici - Viale Asia, 67 – 00144 Roma – altrimenti **al responsabile dell'Ufficio Privacy** ufficioprivacy@ipost.it.

Legenda

DOMANDA DI PENSIONE

La domanda di pensione può essere:

1. **Presentata** direttamente alla Filiale di Poste Italiane di appartenenza, firmata ed accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art. 38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa) e dalla fotocopia del tesserino del codice fiscale. Se il documento di identità non è più valido, si dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio.

2. **Trasmessa** per fax, firmata ed accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art. 38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa) e dalla fotocopia del tesserino del codice fiscale. Se il documento di identità non è più valido, si dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio.

3. **Inviata** per posta firmata ed accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art. 38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa) e dalla fotocopia del tesserino del codice fiscale. Se il documento di identità non è più valido, si dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data del rilascio.

4. **qualora** fosse stata scelta l'assistenza, può essere inviata tramite il Patronato o il Sindacato, che offrirà gratuitamente l'assistenza necessaria.

ELENCO ALLEGATI:

1	DETRAZIONE DI IMPOSTA
2	ASSEGNO PER IL NUCLEO FAMILIARE
3	RISCOSSIONE PRESSO SPORTELLO POSTALE
4	PAGAMENTO MEDIANTE ACCREDITO IN C/C POSTALE
5	PAGAMENTO MEDIANTE ACCREDITO IN C/C BANCARIO
6	DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLA PENSIONE
7	LEGENDA + ELENCO ALLEGATI