



PROTOCOLLO

**Domanda di rimborso della contribuzione versata al Fondo Integrativo di Previdenza Esattoriali - 1/2**

(L. 377/58 e L. 587/71)

ALL'UFFICIO INPS DI

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA

A  PROV.  STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN  PROV.  STATO

INDIRIZZO  CAP

TELEFONO  CELLULARE

INDIRIZZO E-MAIL

In qualità di:

- lavoratore interessato
- superstite del lavoratore

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**Chiedo**

- il rimborso dei contributi complessivamente versati presso il Fondo Integrativo di Previdenza degli impiegati del Servizio di Riscossione Tributi, ai sensi della L.377/58 e come modificato dalla L. 587/71.
- che il pagamento avvenga mediante versamento su conto corrente bancario o postale, Libretto postale, INPS Card, Carte di pagamento dotate di IBAN

*(se già titolare di pensione indicare l'IBAN di accredito della stessa)*

CODICE IBAN

*(composto da 27 caratteri)*



## Domanda di rimborso della contribuzione versata al Fondo Integrativo di Previdenza Esattoriali - 2/2

(L. 377/58 e L. 587/71)

### ● Dichiaro

l'iscrizione al fondo Integrativo di Previdenza Esattoriali dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

che, a far tempo dalla data del \_\_\_\_\_ è cessato il rapporto di lavoro con l'azienda \_\_\_\_\_ per:  
(ultimo concessionario)

dimissioni     licenziamento     licenziamento disciplinare     decesso

### ● Allego

-----  
-----

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali 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 del richiedente \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, 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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.