

## Richiesta di benessere per l'anticipazione sul Trattamento di Fine Rapporto (TFR) per il personale in servizio del Gruppo Poste Italiane S.p.A.

All'Inps - Direzione centrale Sostegno alla non autosufficienza, invalidità civile e altre prestazioni - Via Aldo Ballarin, 42 - 00142 Roma  
- indirizzo e-mail: dcsnaic.attivitacreditizie@inps.it - fax: 06/9506.6463.

### Io sottoscritto

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
RESIDENTE IN		PROV.	
INDIRIZZO		CAP	
TELEFONO		CELLULARE	
INDIRIZZO EMAIL			

dipendente di Poste Italiane S.p.A. o di società del Gruppo Poste Italiane S.p.A. in servizio presso \_\_\_\_\_

matr. n. \_\_\_\_\_

### Chiedo

- il benessere all'anticipazione sulla posizione previdenziale accantonata presso: *(barrare la casella corrispondente)*
  - fondo di previdenza complementare Fondo Poste
  - altri fondi di previdenza complementare *(indicare denominazione):* \_\_\_\_\_
- il benessere all'anticipazione sul TFR maturato presso Poste Italiane. In questo caso, se iscritto anche a un fondo di previdenza complementare, allegare copia del documento di sintesi della posizione previdenziale accantonata presso tale fondo.

● **Allego** le copie dell'ultima busta paga e di un mio documento d'identità in corso di validità.

● **Dichiaro** che tutta la documentazione allegata è conforme agli originali in mio possesso.

### Dichiarazione di responsabilità

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (artt. 46, 47, 71, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

## 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 di servizio 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. Una informativa più estesa sulla finalità e modalità dei trattamenti dei dati effettuati dall'INPS è consultabile sul sito istituzionale [www.inps.it](http://www.inps.it), ed è disponibile per gli utenti presso le strutture sul territorio. L'INPS la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al Direttore della Direzione centrale Sostegno alla non autosufficienza, invalidità civile e altre prestazioni.