inarCASSA

Spett.le
INARCASSA
DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
Ufficio Ciclo Passivo
Via Salaria, 229 - 00199 Roma

Oggetto: **Domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi - legge n.45/1990**
(Modello utilizzabile esclusivamente per la compilazione assistita da parte dei Patronati)

Il/La sottoscritt_ _____ Ing. ❑ Arch. ❑

Nat_ a _____ Prov. _____ il _____

Matricola n. _____ Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Chiede

• **il trasferimento dei contributi previdenziali relativi ai periodi:**

(indicare data di inizio e di fine di ciascun periodo e la Gestione Assicurativa - completa del relativo indirizzo - presso cui risultano accreditati i contributi. Per enti con sedi territoriali, ad esempio INPS, è necessario venga precisata la sede competente)

Dal	Al	Istituto	Indirizzo

• **l'applicazione, relativamente ai periodi fino al 31/12/2012, della ricongiunzione:**

a) retributiva (onerosa) ❑
b) contributiva (gratuita) ❑

Il/La sottoscritt_ si riserva, dopo aver conosciuto l'onere a proprio carico ed il rendimento pensionistico, **di formalizzare la propria accettazione** nei termini e nei modi diversi previsti dalla legge n.45/1990 e dal Regolamento Riscatti e Ricongiunzioni.

Data Firma del dichiarante

Si informa che il trattamento dei dati da Lei sopra indicati avviene per le finalità e le modalità indicate nell'informativa a Lei già resa in conformità alle previsioni del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e consultabile sul sito internet al seguente indirizzo http://www.inarcassa.it/site/home/privacy.htm

Patronato_____ Timbro

Attenzione: il modulo va compilato in ogni sua parte e inviato alla Cassa via PEC a protocollo@pec.inarcassa.org, o per posta all'indirizzo indicato in testa, o via fax al n. 06.85274211, insieme alla eventuale documentazione richiesta.