inarCASSA

Spett.le
INARCASSA
DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
Ufficio Prestazioni Previdenziali Professionisti
Via Salaria. 229 - 00199 Roma
protocollo@pec.inarcassa.org

Oggetto: **Domanda di riscatto periodi di lavoro all'estero** (per gli eredi)

(Indicare i dati anagrafici dell'associato)

Cognome _____ Nome _____ Ing. ❑ Arch. ❑

Luogo e data di nascita _____ Prov. _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|N. Matricola _____

Il/La sottoscritt_ _____ **in qualità di superstite**

Nat_ a _____ Prov. _____ Il _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. fisso _____ Cell _____ E-mail _____

Chiede

- ai sensi dell'art. 12 del Regolamento Generale di Previdenza, **il riscatto per il periodo di lavoro all'estero** dal ____/____/_____ al ____/____/_____.

- **il calcolo dell'onere**, relativamente ai periodi fino al 31/12/2012, con il metodo:

  a) **retributivo** ❑ b) **contributivo** ❑

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 previsti dal Regolamento Riscatti e Ricongiunzioni.

Il/La sottoscritt__, cosciente della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, **dichiara che l'associato:**

1. ha lavorato dal ___/___/_____ al ___/___/_____, in _____, nella città di_____ presso l'azienda/società _____.
2. non è stat_ soggett_ ad altra forma di previdenza obbligatoria in dipendenza di lavoro subordinato o di altra attività nei periodi di iscrizione ad Inarcassa;
3. non è stat_ soggett_ ad altra forma di previdenza obbligatoria in dipendenza di lavoro subordinato o di altra attività nel periodo chiesto a riscatto.
4. non ha esercitato analoga facoltà di riscatto presso altra Gestione Previdenziale.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 43 D.P.R. 445/2000 e dell'art.23 del D. Lgs. 196/03, **dà espresso consenso** ai controlli che Inarcassa potrà effettuare sui dati contenuti nella presente dichiarazione, mediante accesso alle Pubbliche Amministrazioni o a Enti che tali dati custodiscono.

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.

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.