



Ricongiunzione art. 2 L. 29/79

Richiedente: Iscritto

Dichiarazione del richiedente

Io sottoscritto/a

Codice fiscale	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Cognome	<input type="text"/>			
Nome	<input type="text"/>			
Nato/a il	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Stato di nascita	<input type="text"/>	
Comune	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	

Residente in

Comune	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>		
Via/Piazza	<input type="text"/>			n.	<input type="text"/>		
Frazione	<input type="text"/>						
Presso	<input type="text"/>						
Pal.	<input type="text"/>	sc.	<input type="text"/>	int.	<input type="text"/>	Telefono fisso	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>				
E-mail	<input type="text"/>						

(Eventuale indirizzo diverso dalla residenza)

Comune	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>		
Via/Piazza	<input type="text"/>			n.	<input type="text"/>		
Frazione	<input type="text"/>						
Presso	<input type="text"/>						
Pal.	<input type="text"/>	sc.	<input type="text"/>	int.	<input type="text"/>	Telefono fisso	<input type="text"/>
Cellulare	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>				
E-mail	<input type="text"/>						

Chiedo: la ricongiunzione dei contributi I.N.P.S., ENPALS, INPDAP
Legge 29/79 art. 2



Codice Fiscale

Cod. 0 1 0 2 1 0 0 1

per il servizio prestato presso _____

in qualità di _____

Se le conosce, la preghiamo di fornirci le seguenti informazioni:

numero di posizione _____

Dichiaro:

- Di essere attualmente in servizio presso _____

Sede di lavoro _____

dal ____/____/_____

Compilazione facoltativa

Di aver prestato precedentemente i seguenti periodi lavorativi con iscrizione a

- Inpdap (ex Cpdel/Cps/Cpug/Cpi)

Ente datore di lavoro _____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

- Inpdap (cassa stato)

Ente datore di lavoro _____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

- Inps (art. 6 L.29/79 enti soppressi)

Ente datore di lavoro _____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

- Inps (art. 2 L.29/79)

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

- Casse liberi professionisti (art.1 L.45/90)

Ente datore di lavoro _____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____

- Servizio militare di leva

dal ____/____/_____ al ____/____/_____



Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cod. 01021001

 Precedentemente all'attuale impiego non ho prestato alcun altro servizio.

Le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. L'Inpdap effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (art. 71, 72, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 Testo Unico sulla documentazione amministrativa).

Come stabilito dall'art.43 D.P.R. 445/2000 (Testo Unico sulla documentazione amministrativa) il richiedente può avvalersi della presente dichiarazione sostitutiva oppure indicare l'amministrazione competente e gli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti. In quest'ultimo caso, l'Inpdap rende noto che i termini del procedimento decorreranno dalla data di ricezione delle informazioni stesse.

Il richiedente può sottoscrivere questa richiesta in presenza del funzionario addetto all'autenticazione della firma, oppure, può inviarla per via telematica, posta, fax, firmata e accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art.38, c.1 del D.P.R. 445/2000). Se il documento d'identità non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio (Art.45, c.3 del D.P.R. 445/2000).

Luogo e data

Firma del richiedente

Informativa agli utenti
ai sensi dell'art.13 del d.lgs. 196/2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali".

L'Inpdap, con sede legale in Roma, via S. Croce in Gerusalemme, 55, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tutti i dati personali vengono trattati nel rispetto delle previsioni di legge, per finalità strettamente connesse e strumentali all'erogazione della prestazione da Lei richiesta. Il trattamento dei dati personali avviene anche con l'ausilio di strumenti elettronici, da parte del personale dell'Istituto o di altri soggetti che forniscono specifici servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Istituto stesso. Il trattamento è effettuato nel rispetto dei principi sanciti dall'art.11 del d.lgs.196/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio, in base alla normativa che disciplina la prestazione richiesta, e indispensabile per la definizione del relativo procedimento. I suoi dati personali, ove necessario, potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati fra i quali Istituti previdenziali e assistenziali, Istituti di Credito o Uffici Postali da Lei indicati, organizzazioni che effettuano assistenza legale e fiscale. La informiamo che potrà esercitare i diritti previsti dall'art.7 del d.lgs. 196/2003 con particolare riguardo all'aggiornamento, alla rettifica, all'integrazione dei dati e alla loro cancellazione, trasformazione in forma anonima e blocco. Inoltre, potrà opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano. La informiamo, infine, che per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7, potrà rivolgersi al Direttore dell'Ufficio Inpdap competente alla definizione del procedimento e/o all'erogazione della prestazione, designato, a tale scopo, "Responsabile" pro tempore del trattamento dei dati personali.



Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cod. 0 1 0 2 1 0 0 1

Spazio riservato all'Inpdap

Certifico apposta in mia presenza la firma del
dichiarante (art. 38, c.3 D.P.R. 445/2000)

Il funzionario addetto (timbro e firma)

Delega al patronato

Io sottoscritto/a delego il patronato ,
presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art.47 del c.c., a rappresentarmi ed assistermi
gratuitamente nei confronti dell' Inpdap per la trattazione della pratica relativa alla presente domanda,
ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato n. 804 del 29.07.47 e successive
modificazioni e integrazioni. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data / / Firma

Firma operatore e
timbro del patronato

Codice Inpdap del patronato

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numero pratica del patronato