



Allegato n. 1

ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Io sottoscritt _____, nat _____ a
_____ il _____ cod. fiscale
_____, qualifica _____
collocato a riposo dal _____

ESPRIMO IL CONSENSO

al trattamento dei miei dati personali e/o sensibili, trattati sia in forma cartacea che attraverso strumenti informatici, compresa la loro comunicazione a terzi; e ciò comunque sempre nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ufficio. I

(Data)

Firma leggibile



ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI D.P.R. 445/2000

____ L ____ sottoscritto _____ nat ____
 ____ a _____ (____) il _____
 In servizio presso _____ in qualità di _____
 Residente in Via/Piazza _____ Comune di _____
 Prov. _____ C.A.P. _____ Recapito tel. _____

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- 1) Di essere nat ____ a _____ prov. ____ il _____
- 2) Di essere residente a _____ Via/Piazza _____
- 3) Di essere cittadin ____ italian _____
- 4) Di godere dei diritti politici
- 5) Di essere (indicare lo stato civile) _____
- 6) Che il figlio/a di nome _____ è nato/a _____
 il _____
- 7) Che _____ è nat ____ a _____ il _____
 (indicare il cognome e il rapporto di parentela con il dichiarante)
- 8) Che la famiglia convivente si compone di.

(COGNOME E NOME)	(DATA DI NASCITA)	RAPPORTO PARENTELA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



9) Altri stati, fatti o qualità personali: _____

- 10) Di non aver prestato servizio militare
 Di aver prestato servizio militare nell'Esercito/Marina/Aeronautica/altro
Presso il Distretto Militare di _____ per i seguenti periodi:

dal		al	
dal		al	

- 11) Di avere diritto ai benefici di cui all'art.2 della legge 336/70 e successive modificazioni
quale _____
(orfano di guerra, profugo, etc.)

- 12) Di non aver prestato servizio part-time
 Di aver prestato servizio part-time negli anni scolastici

Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	

- 13) Di essere già titolare di pensione contestuale mantenimento in servizio con rapporto
Di lavoro a tempo parziale (D.M. 29/07/97 nr. 331) a decorrere dal _____



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo

**USR
SICILIA**

Pag. 3 (ALLEGATO 2)

Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	

___|___ sottoscritt___ è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia (artt. 75-76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)

(data)

(firma)



Allegato n. 3

DICHIARAZIONE CIRCA LA POSIZIONE DEBITORIA

COGNOME E NOME _____

Ai fini della liquidazione del trattamento di quiescenza a me spettante in qualità di

- Dichiara di non avere debiti verso lo Stato o altri Enti
- Di avere debiti per le causali e gli importi a fianco degli Enti creditori

(Luogo e data)

Il Dichiarante

Importo del Debito

Numero delle rate

Verso lo Stato

- Per contributo riscatto
- Per assegni di attività



Percepiti in più: _____

Verso l'I.N.A.

Per Assicurazioni: _____

Verso l'E.N.P.A.S.

Per cessioni di stipendio cess. del V

Per recupero eventuali
somme percepite in più _____

per recupero O.P. Legge 87/94 _____

Verso Istituti di credito :

per cessioni o prestiti vari _____

per quote pensione da rifondere _____

Verso altri eventuali Enti





IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato n. 7

DICHIARAZIONE DEI SERVIZI

I sottoscritt _____

nat a _____ Prov. _____ il _____

Cod. Fisc. _____ in servizio presso _____

_____ Classe Concorso _____ o Profilo _____

tel scuola _____ e mail _____

Qualifica _____

(specificare se trattasi di personale ex dipendente dagli Enti Locali-immessi in ruolo dall'1.1.2000 ex L.124/99)

Residente a _____ CAP _____ Prov.: _____

Domiciliato a _____ CAP _____ Prov.: _____

Via _____ N° _____ Tel _____

e mail _____

Ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento di cui all' art. 1, comma 5, del DPR 28/4/98 N. 351, di chiara sotto la propria responsabilità i seguenti servizi e periodi, per i quali non gode di altro trattamento pensionistico:

SERVIZIO DI RUOLO

(dalla dec. economica)

dai _____ al _____

Anni	Mesi	Giorni

SERVIZIO NON DI RUOLO

con ritenute in Conto entrate Tesoro

dai _____ al _____

Comune CPDEL

dai _____ al _____

--	--	--

19



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
 Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo



Servizio computabile e/o riscattabile

DPR 1092/73

dal _____ al _____ >

--	--	--

Servizio ricongiungibile

Legge n. 29/79 e legge n. 45/90

dal _____ al _____ >

--	--	--

Regolamento C.E. 1606/98

dal _____ al _____ >

--	--	--

Maternità Decreto Legislativo 151/01

dal _____ al _____ >

--	--	--

SERVIZIO MILITARE
STUDI UNIVERSITARI
SUPERVALUTAZIONI

dal _____ al _____ >

--	--	--

TOTALE A

Eventuali interruzioni servizio da detrarre

TOTALE B

La presente dichiarazione è redatta ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge 4 gennaio 1968, n. 15, come modificata dall'art. 3, comma 2, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e il sottoscritto/a è a conoscenza che, per la valutazione dei servizi o periodi suindicati, è necessaria la presentazione di apposita domanda ai sensi dell'art. 147 del D.P.R. 1092/73 e successive modificazioni e/o integrazioni per il computo con o senza riscatto e, ai sensi delle leggi 523/54, 44/73, 29/79 e 45/90, per la ricongiunzione.

ISTANZE PRODOTTE AI FINI PREVIDENZIALI E PENSIONISTICI

Computo e riscatto	Prot. n°	del
Ricongiunzione L.29/79	Prot. n°	del
Ricongiunzione L. 523/74	Prot. n°	del
Riscatto B. Enpas	Prot. n°	del
Delibera Enpas	N°	del
Accr. Maternità D.L.vo 151/01	Prot. N°	del

Data _____

Firma _____

Dichiarazioni della Scuola

(TimbroScuola)

Il/La Sig. _____

- **NON ha fruito /ha fruito (*)** dei seguenti periodi a riduzione dello stipendio:

dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza

- **NON ha fruito /ha fruito (*)** dei seguenti periodi con privazione dello stipendio – per il personale in regime TFR occorre elencare anche i giorni di sciopero:

dal	al	natura assenza
dal	al	natura assenza
dal	al	natura assenza
dal	al	natura assenza

- **HA/NON HA (*) optato per il T.F.R. e aderito al Fondo Espero** (in caso affermativo, allegare copia del modello di adesione)

- **HA/NON HA PERCEPITO TFR** per i servizi non di ruolo prestati dopo il 01/09/2000.

- **HA/NON HA (*) fruito dei seguenti congedi retribuiti per assistenza a familiari con handicap, ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.L.vo 26 marzo 2001 n. 151 e successive disposizioni** (periodi utili per la pensione ma non per il TFS – per la casistica si richiama la circolare ministeriale n. 8270 del 16.6.2009, pubblicata nelle news di intranet di giugno 2009):

dal	al		dal	al
dal	al		dal	al

- **PER IL PERSONALE A.T.A.: HA/NON ha fruito del compenso per valorizzazione professionale ex art. 7 CCNL 7.12.2005 ed allegare Decreto:**

dal	al	€.	mensili;
dal	al	€.	mensili;

Data _____

Il Dirigente Scolastico



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo

USR
SICILIA

Allegato n. 18

ALL'INPS/INPDAP - SETTORE
BUONUSCITE
PALERMO

Il sottoscritto _____
nat. a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ in via _____
in pensione dal _____

CHIEDE

a codesto Ente la liquidazione della buonuscita.

(Data)

(Firma)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo



Allegato n. 20

ISTITUZIONE SCOLASTICA

Cognome e Nome _____

Qualifica _____

Cessato dal servizio a decorrere dal _____

Pagamento riscatto buonuscita (pos. _____ Delibera _____ del _____)

Debito originario _____

Data iniziale della trattenuta _____

Data di cessazione della trattenuta _____

Numero della rate trattenute _____

Importo contributo complessivo versato € _____

Residuo debito _____

Il Dirigente Scolastico

X

Richiesta di pagamento della pensione presso banca - 1/2

Il presente modulo deve essere scansionato e trasmesso tramite il sito www.inps.it, seguendo il percorso: Tutti i servizi > Variazione dell'ufficio pagatore per prestazioni pensionistiche. I titolari di più pensioni devono presentare un'unica domanda in quanto le nuove modalità riguarderanno il pagamento di tutte le pensioni.

ALL'UFFICIO INPS DI

Io sottoscritto/a

COGNOME NOME
 CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
 A PROV. STATO
 RESIDENTE IN PROV. STATO
 INDIRIZZO CAP
 TELEFONO * CELLULARE *
 INDIRIZZO E-MAIL*

Titolare di:

PENSIONE N.	CATEGORIA	PENSIONE N.	CATEGORIA

Chiedo che l'importo delle mie pensioni sia corrisposto presso:

BANCA AGENZIA N.
 INDIRIZZO
 CAP CITTÀ
 CODICE ABI CODICE CAB *(I codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca)*



Richiesta di pagamento della pensione presso banca - 2/2

Chiedo il pagamento: *(Barrare la casella corrispondente)*

ALLO SPORTELLO IN CONTANTI *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su carta prepagata, la Banca deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri)

CODICE BIC *(indicare i codici IBAN e BIC solo se utilizzati)*

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca

SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri)

CODICE BIC

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca

SU CARTA PREPAGATA N. _____

CODICE IBAN (composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca

Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:

CODICE FISCALE

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma _____

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. 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 provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 1/3

Il presente modulo deve essere scansionato e trasmesso tramite il sito www.inps.it, seguendo il percorso: Tutti i servizi > Variazione dell'ufficio pagatore per prestazioni pensionistiche. I titolari di più pensioni devono presentare un'unica domanda in quanto le nuove modalità riguarderanno il pagamento di tutte le pensioni.

ALL'UFFICIO INPS DI

Io sottoscritto/a

COGNOME NOME
CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA
A PROV. STATO
RESIDENTE IN PROV. STATO
INDIRIZZO CAP
TELEFONO * CELLULARE *
INDIRIZZO E-MAIL*

Titolare di:

PENSIONE N.	CATEGORIA	PENSIONE N.	CATEGORIA

Chiedo che l'importo delle mie pensioni sia corrisposto presso:

UFFICIO POSTALE DI N.
INDIRIZZO
CAP CITTÀ
(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)
CODICE ABI CODICE CAB/ FRAZIONARIO



Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 2/3

Chiedo il pagamento: *(Barrare la casella corrispondente)*

- ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo, su carta prepagata o su INPS card, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

- SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO**

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro dell'ufficio postale

- SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO**

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

CODICE BIC

data _____

firma del funzionario _____

timbro dell'ufficio postale

- SU CARTA PREPAGATA N.** _____

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro dell'ufficio postale

- SU INPS CARD, A ME INTESATA**

Allo sportello postale si può richiedere INPS card, una carta elettronica sulla quale è possibile accreditare direttamente e gratuitamente la pensione ogni mese.

CODICE IBAN
(composto da 27 caratteri)

CODICE BIC

data _____

firma del funzionario _____

timbro dell'ufficio postale

Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:

CODICE FISCALE

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma _____



Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 3/3

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. 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 provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.