



DOMANDA DI
RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE

MOD. VO.IO.SO.3

Pag. 01 di 04

ALLA SEDE INPS DI



COGNOME DI NASCITA		NOME		
COGNOME ACQUISITO		SESSO	DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE		COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.
COMUNE DI RESIDENZA (ANCHE ESTERO)	PROV.	C. A. P.	INDIRIZZO	N.CIVICO
TELEFONO	STATO ESTERO DI RESIDENZA		CATEGORIA PENSIONE	NUMERO PENSIONE

CHIEDO:

- LA RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE PER MOTIVI CONTRIBUTIVI
- LA RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE PER MOTIVI REDDITUALI
- IL SUPPLEMENTO DI PENSIONE
- LA PENSIONE DI _____ a carico del seguente Stato estero convenzionato
- IL RIPRISTINO O LA SOSPENSIONE DELLA PENSIONE DI INVALIDITA'
- LA MAGGIORAZIONE EX COMBATTENTE PREVISTA DALLA LEGGE N° _____
- LA MAGGIORAZIONE SOCIALE PREVISTA DALLA LEGGE N° 544/88

QUADRO A	SCELTA DEL PATRONATO
<p>Io sottoscritto delego il Patronato _____, presso il quale eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del codice civile, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, nei confronti dell'INPS, per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda, ai sensi e per gli effetti di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 29 luglio 1947, n.804, e successive modificazioni ed integrazioni. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.</p> <p>Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art.10 della legge 675/96, l'informativa sul "trattamento" dei miei dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima:</p> <p>1) consento il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato;</p> <p>2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS.</p>	
<p>DATA _____</p>	
<p>_____</p> <p>TIMBRO DEL PATRONATO E CODICE INPS</p>	<p>_____</p> <p>FIRMA DELL'OPERATORE DELL'ENTE DI PATRONATO</p>
<p>_____</p> <p>NUMERO PRATICA</p>	

QUADRO B	COMUNICAZIONI SULL'ATTIVITA' LAVORATIVA
<p>HO CESSATO L'ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE IL _____</p> <p>CONTINUO L'ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE _____</p> <p>HO CESSATO L'ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO IN QUALITA' DI _____ IL _____</p> <p>SVOLGO ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO IN QUALITA' DI _____</p>	

QUADRO C		DA COMPILARE SE VIENE CHIESTA LA RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE PER IL COMPUTO DI CONTRIBUTI NON COMPRESI NELLA PRIMA LIQUIDAZIONE O NELLA LIQUIDAZIONE DI UN SUPPLEMENTO DI PENSIONE	
1.	SUCCESSIVAMENTE alla decorrenza della pensione ho svolto attività lavorativa con la qualifica di: LAVORATORE DIPENDENTE - allego dichiarazione aziendale mod. 01/m-sost relativa all'ultimo periodo di lavoro OPERAIO AGRICOLO - comuni di iscrizione negli elenchi: COLLABORATORE FAMILIARE - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo di lavoro LAVORATORE NEL SOTTOSUOLO (in miniera) - allego dichiarazione del datore di lavoro LAVORATORE ESPOSTO ALL'AMIANTO - allego dichiarazione del datore di lavoro LAVORATORE MARITTIMO - allego i documenti matricolari e il libretto di navigazione COLTIVATORE DIRETTO, MEZZADRO o COLONO - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo ARTIGIANO - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo COMMERCIANTE - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo e la dichiarazione dei redditi d'impresa (Mod.233) COLLABORATORE IN VIA COORDINATA E CONTINUATA - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo PROFESSIONISTA ABITUALE - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo		
2.	Ho trasferito nell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti o nelle gestioni dei lavoratori autonomi periodi di attività lavorativa svolta		Periodi di iscrizione Data della domanda di trasferimento
	STATO: Amministrazione ENTI LOCALI: Comune, Provincia o Regione ENPALS: Azienda ALTRE FORME: Azienda/Ente/Cassa		
3.	Ho svolto attività lavorativa all'estero.		Sono stato residente all'estero
	ALLEGO LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE E L'APPOSITO QUESTIONARIO DISTRIBUITO DALL' INPS		
	Stato	dal Periodi	al Stato dal Periodi
4.	Ho versato contributi volontari non compresi nella liquidazione della pensione. ALLEGO LE RICEVUTE DEI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI EFFETTUATI NELL'ULTIMO PERIODO		
5.	Ho prestato servizio militare o servizio equiparato per periodi di cui chiedo l'accredito figurativo. ALLEGO IL FOGLIO MATRICOLARE O LO STATO DI SERVIZIO <i>Barrare la casella nel caso in cui i documenti siano stati già presentati</i>		Data di presentazione Tipo di domanda
6.	Chiedo l'accredito dei contributi figurativi o l'integrazione delle retribuzioni ridotte per periodi di: malattia o di inabilità temporanea al lavoro di durata superiore a 7 giorni		gravidanza e puerperio
	ALLEGO LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE		
7.	Ho percepito:		
	PRESTAZIONI ANTITUBERCOLARI, PERIODO dal		al
	INTEGRAZIONI SALARIALI, AZIENDA		PERIODO dal
	AZIENDA		al
	PERIODO dal		al
	INDENNITA' DI DISOCCUPAZIONE, PERIODO dal		al
	INDENNITA' DI MOBILITA': PERIODO dal		al
8.	Ho presentato domanda di riscatto per :		
	CORSO LEGALE DI LAUREA	LAVORO ALL'ESTERO	PERIODI SCOPERTI DI ASSICURAZIONE
	DOMANDA PRESENTATA IL	PRESSO LA SEDE INPS DI	
9.	Beneficio o beneficiario di altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti o Organismi italiani o esteri.		
	Ente o Stato estero erogatore	Pensione diretta o ai superstiti	Numero della pensione decorrenza
	Ente o Stato estero erogatore	Pensione diretta o ai superstiti	Numero della pensione decorrenza

QUADRO D	DA COMPILARE SE VIENE CHIESTA LA RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE PER VARIAZIONE DELLA SITUAZIONE REDDITUALE E/O FAMILIARE			
IO SOTTOSCRITTO TITOLARE DELLA PENSIONE DICHIARO CHE LA SITUAZIONE REDDITUALE ATTESTATA IN PRECEDENZA E' VARIATA A DECORRERE DAL				
IO SOTTOSCRITTO TITOLARE DELLA PENSIONE DICHIARO CHE IL MIO STATO CIVILE ATTUALE E' :				
CELIBE/NUBILE	CONIUGATO/A	VEDOVO/A	SEPARATO/A	DIVORZIATO/A
ED E' VARIATO A DECORRERE DAL				
DATA _____	FIRMA _____			
ALLEGO LE DICHIARAZIONI REDDITUALI, COMPILATE SUGLI APPOSITI MODULI IN DISTRIBUZIONE PRESSO L'INPS.				

QUADRO E	DA COMPILARE SE VIENE CHIESTA LA RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE AI SUPERSTITI PER L'ATTRIBUZIONE O IL RIPRISTINO DI QUOTE DI REVERSIBILITA' PER I FIGLI
IO SOTTOSCRITTO CHIEDO LA CORRESPONSIONE DELLE QUOTE DI PENSIONE AI SUPERSTITI PER I FIGLI SOTTOINDICATI	
STUDENTE ISCRITTO A	
INABILE DAL	
DATA _____	FIRMA _____
ALLEGO LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:	
<p>FIGLI STUDENTI: certificato di iscrizione alla scuola media o professionale, ovvero all'Università o ad altro tipo di scuola superiore. Il certificato di iscrizione all'Università o ad altro tipo di scuola superiore deve riportare la data di immatricolazione al primo anno di corso e l'indicazione della durata del corso legale di studi. In luogo del certificato può essere presentata, in via provvisoria, una dichiarazione di responsabilità attestante l'avvenuta iscrizione all'anno scolastico o accademico. Tale dichiarazione deve essere convalidata entro il 31 marzo dell'anno successivo mediante presentazione della prescritta certificazione</p> <p>FIGLI INABILI: certificato medico compilato sul Mod. S.S. 3 in distribuzione presso l'INPS, ovvero, se l'inabilità è stata già riconosciuta dall'INPS, dichiarazione attestante a quale titolo è avvenuto il riconoscimento.</p> <p>FIGLI POSTUMI: certificato di nascita.</p>	

QUADRO F	DA COMPILARE SE VIENE CHIESTA LA LIQUIDAZIONE DELLA PENSIONE A CARICO DI UNO STATO ESTERO CONVENZIONATO				
IO SOTTOSCRITTO DICHIARO DI POTER FAR VALERE PERIODI DI ASSICURAZIONE, DI OCCUPAZIONE O DI RESIDENZA NEI SEGUENTI STATI ESTERI CON L'ITALIA IN MATERIA DI SICUREZZA SOCIALE:					
STATO	dal PERIODI	al	STATO	dal PERIODI	al
DATA _____	FIRMA _____				
ALLEGO LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE E GLI APPOSITI QUESTIONARI COMPILATI SUI MODULI IN DISTRIBUZIONE PRESSO L'INPS.					

QUADRO G	NOTIZIE SULLA SITUAZIONE PERSONALE DEL RICHIEDENTE			
Stato Civile				
CELIBE/NUBILE	CONIUGATO/A	VEDOVO/A	SEPARATO/A	DIVORZIATO/A
Dati del coniuge				
COGNOME	NOME			
DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	

QUADRO H**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Preso atto dell'informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trattamento di eventuali dati sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consento a quanto indicato ai punti 1 2 3 4

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Data

Firma _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Data

Firma _____



TAGLIANDO DI RICEVUTA

SEDE

Il pensionato

Ha presentato oggi domanda di:

RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE **PER MOTIVI CONTRIBUTIVI**

RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE **PER MOTIVI REDDITUALI**

SUPPLEMENTO DI PENSIONE

RIPRISTINO o LA SOSPENSIONE DELLA PENSIONE DI INVALIDITA'

MAGGIORAZIONE **EX COMBATTENTE** PREVISTA DALLA LEGGE N°

DEL

MAGGIORAZIONE **SOCIALE** PREVISTA DALLA LEGGE N° 544/88

esiste mandato di patrocinio a favore del Patronato

non esiste mandato di patrocinio a favore del Patronato

LA TRATTAZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA SARA'
EFFETTUATA DALL'UFFICIO GESTIONE PENSIONI
DELLA SEDE CHE HA IN CARICO LA PENSIONE.
I NOMINATIVI DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
E DEL RESPONSABILE DEL PROVVEDIMENTO POSSONO
ESSERE RILEVATI DAGLI AVVISI AL PUBBLICO ESPOSTI
NEI LOCALI DI CIASCUNA SEDE.

TIMBRO A DATA

DATA

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO