



SEDE COMPARTIMENTALE DI \_\_\_\_\_  
 SEZIONE DISTACCATA DI \_\_\_\_\_  
 DATA DELLA DOMANDA \_\_\_\_\_  
 PROT. N. \_\_\_\_\_

**GESTIONE SPECIALE PER  
SPORTIVI PROFESSIONISTI**

ALL'ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA  
 PER I LAVORATORI DELLO SPETTACOLO  
 DIREZIONE GENERALE  
 VIALE REGINA MARGHERITA 206  
 00198 - R O M A \

**DOMANDA DI  
RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE**

COGNOME E NOME		COGNOME DEL MARITO		SESSO	DATA DI NASCITA
----------------	--	--------------------	--	-------	-----------------

CODICE FISCALE	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	COMUNE DI RESIDENZA (ANCHE ESTERO)
----------------	----------------------------------	------	------------------------------------

CODICE POSTALE	PROV	INDIRIZZO (VIA O PIAZZA E NUMERO CIVICO)	TELEFONO	STATO ESTERO RESIDENZA
----------------	------	--	----------	------------------------

CAT PENSIONE	N. PENSIONE
--------------	-------------

<b>CHIEDE :</b>	<input type="checkbox"/> <b>IL SUPPLEMENTO DI PENSIONE</b>
	<input type="checkbox"/> <b>LA RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE</b>
	<input type="checkbox"/> <b>LA PENSIONE DI _____</b> a carico del seguente Stato estero convenzionato _____ (FIRMA) _____

<b>RISCOSSIONE DELLA PENSIONE</b>	
Il presente riquadro deve essere compilato solo nel caso di variazione delle modalità di riscossione in atto	
Il sottoscritto chiede che la pensione sia pagata tramite:	
<input type="checkbox"/> <b>BANCA</b>	NOMINATIVO DELL'ISTITUTO DI CREDITO _____ n. agenzia _____ indirizzo _____ n. conto corrente _____
<input type="checkbox"/> <b>ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE</b>	INDICARE ESATTO INDIRIZZO _____
<input type="checkbox"/> <b>ASSEGNO POSTALE LOCALIZZATO</b>	UFFICIO POSTALE N. _____ INDIRIZZO _____
<b>N.B.</b> Nel caso di riscossione con assegno circolare il pensionato solleva l'ENPALS da ogni responsabilità in caso di smarrimento, disguido o sottrazione dell'assegno.	

<b>SCELTA DEL PATRONATO</b>	
Il sottoscritto delega il Patronato _____ / _____ indirizzo _____	
- presso il quale elegge il domicilio - a rappresentarlo ed assisterlo gratuitamente per la trattazione della pratica oggetto della domanda.	
Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.	
DATA _____	Firma _____
TIMBRO E CODICE DEL PATRONATO	FIRMA DELL'OPERATORE AUTORIZZATO

<b>DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLE QUOTE SOCIALI</b>	
Il sottoscritto autorizza l'ENPALS ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sui ratei mensili della pensione le quote sindacali nella misura vigente ed a riversarle alla seguente organizzazione sindacale.	
DENOMINAZIONE ED INDIRIZZO _____	
La presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno; la eventuale revoca, esplicitamente formulata, semprechè pervenga entro il 31 ottobre all'ENPALS, non ha effetto fino al 31 dicembre dell'anno in cui è manifestata. Qualora dovesse pervenire oltre il 31 ottobre dell'anno in cui è manifestata non ha effetto fino al 31 dicembre dell'anno successivo.	
TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE	DATA _____ FIRMA _____
FIRMA DEL RAPPRESENTANTE DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE _____	

<b>QUADRO A</b>	CONTRIBUTI ASSICURATIVI SUCCESSIVI ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA PENSIONE IN BASE AI QUALI SI CHIEDE LA LIQUIDAZIONE DEL SUPPLEMENTO DI PENSIONE
<p>1. Contributi versati e accreditati nell'Assicurazione obbligatoria gestita:</p> <p style="text-align: right;">dall'E.N.P.A.L.S. <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">dall'I.N.P.S. <input type="checkbox"/></p> <p>Documenti:</p> <p>a. Libretto E.N.P.A.L.S. - Mod. 323/P</p> <p>b. Libretto od estratto contributivo I.N.P.S.</p> <p>2. Contributi relativi a periodi di lavoro prestati all'estero alle dipendenze di Imprese straniere, SUCCESSIVI ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA PENSIONE. <input type="checkbox"/></p> <p>Documenti:</p> <p>Documentazione comprovante il rapporto di lavoro svolto all'estero SUCCESSIVI ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA PENSIONE</p> <p>3. Contributi figurativi accreditabili per periodi di malattia o di ricovero, SUCCESSIVI ALLA DATA DI DECORRENZA DELLA PENSIONE <input type="checkbox"/></p> <p>Documenti:</p> <p>Dichiarazione attestante i periodi di malattia o di ricovero rilasciata da ospedali o enti mutualistici.</p>	
<b>QUADRO B</b>	CONTRIBUTI ASSICURATIVI ANTECEDENTI LA DATA DI DECORRENZA DELLA PENSIONE IN BASE AI QUALI CHIEDE LA RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE DI GODIMENTO segnare la casella che interessa
<p>1. Contributi versati e accreditati nell'Assicurazione obbligatoria gestita:</p> <p style="text-align: right;">dall'E.N.P.A.L.S. <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">dall'I.N.P.S. <input type="checkbox"/></p> <p>Documenti:</p> <p>a. Libretto E.N.P.A.L.S. - Mod. 323/P</p> <p>b. Libretto od estratto contributivo I.N.P.S.</p> <p>2. Contributi relativi a periodi di lavoro subordinati prestati all'estero alle dipendenze di Imprese straniere, ANTECEDENTI LA DATA DI DECORRENZA DELLA PENSIONE E NON CONSIDERATI AI FINI DEL CALCOLO DI LIQUIDAZIONE. <input type="checkbox"/></p> <p>Documenti:</p> <p>a. Documentazione comprovante il rapporto di lavoro svolto all'estero;</p> <p>b. elenco delle prestazioni che si assumono non considerate ai fini del calcolo di liquidazione delle pensione</p> <p>3. Contributi figurativi accreditabili per:</p> <p>a. Servizio militare o periodi ad esso equiparato <input type="checkbox"/></p> <p>b. Periodi di malattia <input type="checkbox"/></p> <p>c. Interruzione obbligatoria del lavoro per gravidanza o puerperio <input type="checkbox"/></p> <p>Documenti:</p> <p>a. Allegare la relativa documentazione. Copia del foglio matricolare o dello stato di servizio rilasciato dall' autorità militare;</p> <p>b. Dichiarazione attestante i periodi di malattia o di ricovero, rilasciata da ospedali o enti mutualistici;</p> <p>c. Certificato di nascita del figlio;</p> <p>d. Certificato medico di aborto - ovvero dichiarazioni sostitutive rese nelle forme di rito. <input type="checkbox"/></p> <p>4. Contributi relativi a periodi di riscatto <input type="checkbox"/></p> <p>Artt. 50 e 51 della legge 30-4-1969, n. 153) <input type="checkbox"/></p> <p>- Il sottoscritto dichiara di aver presentato domanda di riscatto per il periodo del corso legale di laurea in data _____ presso l' <u>INPS</u> (Sede di _____ ENPALS</p> <p>- Il sottoscritto dichiara di aver presentato domanda di riscatto per periodo di lavoro svolto in qualità di impiegato con esclusione dall'obbligo assicurativo in data _____ presso l' <u>INPS</u> (Sede di _____ ENPALS</p> <p>- Il sottoscritto dichiara di aver presentato domanda di riscatto per periodi di lavoro subordinato all'estero, non coperto da assicurazione sociale riconosciuta dalla legislatura italiana, in data _____ presso l' <u>I.N.P.S./E.N.P.A.L.S.</u> (Sede di _____).</p>	

## NOTE

### **SUPPLEMENTO DI PENSIONE**

L'art. 7 DELLA Legge 23.4.81, n. 155, dispone che i contributi versati o accreditati nell'assicurazione obbligatoria I.V.S., successivamente alla data di decorrenza della pensione, danno diritto, a domanda, a un supplemento della pensione in atto, purchè siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza della pensione medesima o del precedente supplemento. Per una sola volta, dopo l'età pensionabile, il supplemento può essere richiesto anche quando siano trascorsi due anni dalla data di decorrenza della pensione o del precedente supplemento.

### **RICOSTITUZIONE DELLA PENSIONE**

Qualora dopo la consegna del certificato di pensione sia richiesto il riconoscimento dei contributi figurativi (per periodi di malattia o di interruzione del lavoro per gravidanza e puerperio anteriori alla data di decorrenza della pensione stessa ovvero per servizio militare o equiparato) o siano versati contributi assicurativi (sempre per periodi anteriori alla predetta data di decorrenza) la pensione viene riliquidata con effetto dalla data di decorrenza originaria, secondo le norme in base alla quale essa è stata liquidata.

Mi impegno a comunicare all'Enpals qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'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.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Enpals con sede in Roma, Viale Regina Margherita 206, 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, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Enpals e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Enpals la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice.