



**Patronato  
Acli**

Per i servizi sociali dei lavoratori e dei cittadini

LUNEDI' 09.00-12.30  
MARTEDI' 9.00-12.00  
VENERDI' 9.00 - 12.30  
TEL/FAX 029301295

## ELENCO DOCUMENTI PER PENSIONE AI SUPERSTITI

- carta identità del richiedente e del defunto
- codice fiscale del richiedente e del defunto
- data del matrimonio
- dati della pensione del defunto (MODELLO OBIS-M) CUD
- certificato di morte
- ultima dichiarazione dei redditi
- codice iban completo per accredito in banca o posta  
*oppure* dati dell'ufficio pagatore dove si vuole la pensione
- se ci sono figli
  - minorenni a carico : codici fiscali dei figli
  - studenti : certificato di frequenza alla scuola
  - inabili : certificato medico SS3

SIETE PREGATI DI PORTARE TUTTA LA  
DOCUMENTAZIONE IN FOTOCOPIA



ASSOCIAZIONI CRISTIANE LAVORATORI ITALIANI

Sede zonale PATRONATO ACLI Rho

Via De Amicis, 7 - [rho@patronato.acli.it](mailto:rho@patronato.acli.it)

## MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

### Dati Assistito

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
data di nascita: \_\_\_\_\_ comune di nascita: \_\_\_\_\_ sesso M  F   
codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza: \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ numero civico: \_\_\_\_\_  
C.A.P.: \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ cellulare: \_\_\_\_\_

con il presente atto conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi gratuitamente ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 30.3.2001, n.152 e del DM 10.10.2008, n.193 e successive modifiche e integrazioni, al Patronato ACLI, sede di Rho, presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 C.C., nei confronti dell'ente INPS per lo svolgimento della pratica relativa a:

il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

firma \_\_\_\_\_  
(assistito)

### Dati Collaboratore Volontario

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_  
data: \_\_\_\_\_ luogo: \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_  
(collaboratore volontario)

### Dati Operatore

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_  
data: \_\_\_\_\_ sede: Rho \_\_\_\_\_  
firma \_\_\_\_\_ timbro \_\_\_\_\_  
(operatore)

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto: \_\_\_\_\_

presa visione dell'informativa resa ai sensi del Regolamento (UE) del Parlamento Europeo e del Consiglio n°679/2006 (GDPR) autorizzo il trattamento dei dati personali anche sensibili, secondo le modalità enunciate:

- per consentire il perseguimento delle finalità ivi indicate.

firma \_\_\_\_\_

- per le finalità divulgative e/o promozionali circa le attività, i prodotti e i servizi del Titolare e dei soggetti convenzionati con / promossi o partecipati da quest'ultimo.

Presta il consenso  Nega il consenso

- per le finalità divulgative e promozionali circa le attività, i prodotti e i servizi di soggetti terzi.

Presta il consenso  Nega il consenso

- anche mediante analisi delle abitudini e delle preferenze al fine di personalizzare le comunicazioni per le finalità divulgative e promozionali su espresse.

Presta il consenso  Nega il consenso

data: \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_



## DOMANDA DI

- PENSIONE AI SUPERSTITI  
 PENSIONE SUPPLEMENTARE AI SUPERSTITI  
 PENSIONE AI SUPERSTITI a carico del seguente Stato estero convenzionato \_\_\_\_\_  
 PENSIONE PRIVILEGIATA INDIRECTA (art. 6 L. 222/84)  
 INDENNITÀ PER MORTE

ALLA SEDE INPS DI \_\_\_\_\_

TIMBRO E DATA

COGNOME DI NASCITA	NOME	COGNOME DEL MARITO	SESSO	DATA DI NASCITA
CODICE FISCALE	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV.	COMUNE DI RESIDENZA (ANCHE ESTERO)	
PROV.	CODICE POSTALE	INDIRIZZO (VIA O PIAZZA)	N. CIVICO	TELEFONO
STATO ESTERO DI RESIDENZA	COGNOME DEL DEFUNTO	NOME DEL DEFUNTO	DATA DI NASCITA DEL DEFUNTO	DATA DI MORTE
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA DEL DEFUNTO	PROV.	CATEGORIA PENSIONE DEL DEFUNTO	NUMERO DELLA PENSIONE	

*Da compilare solo se il richiedente è il coniuge del defunto*

Data di matrimonio \_\_\_\_\_

Mantiene lo stato vedovile  NO  SI (\*)

Non ha contratto nuovo matrimonio il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Ha \_\_\_\_\_

(\*) Barrare l'ipotesi che ricorre.

## QUADRO A

## COME RISCOUTERE LA PENSIONE

Nel caso di titolarità di altra pensione INPS, indicare lo stesso ufficio pagatore

IO SOTTOSCRITTO CHIEDO CHE LA PENSIONE SIA PAGATA

PRESSO:

- UFFICIO POSTALE DI \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_  
 ALLO SPORTELLO \_\_\_\_\_  
 ACCREDITAMENTO SU CONTO CORRENTE POSTALE NOMINATIVO O SU LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO (1)
- BANCA \_\_\_\_\_ AGENZIA \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_  
 ALLO SPORTELLO \_\_\_\_\_  
 ACCREDITAMENTO SU CONTO CORRENTE BANCARIO O SU LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO (1)  
 ASSEGNO CIRCOLARE

(1) Per l'accreditamento su conto corrente occorre compilare l'apposito modulo in distribuzione presso l'INPS

## QUADRO B

## SCELTA DEL PATRONATO

 Io sottoscritto delego il Patronato ACLI, 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 alla legge 30 marzo 2001 n. 152. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

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:

- 1) consento il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statuari del patronato;  
 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

TIMBRO DEL PATRONATO E CODICE INPS

FIRMA DELL'OPERATORE DELL'ENTE DI PATRONATO

NUMERO PRATICA

## QUADRO C

## DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLE QUOTE SINDACALI

Io sottoscritto autorizzo codesto Istituto, ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sulle quote mensili della pensione, compresa quella relativa alla tredicesima mensilità, al netto dei trattamenti di famiglia comunque denominati, le seguenti aliquote percentuali:

- 1) 0,50% sugli importi compresi entro la misura del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti;  
 2) 0,40% sugli importi eccedenti quelli di cui al punto 1) e non eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti;  
 3) 0,35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del Fondo Pensione Lavoratori Dipendenti.

L'importo di tale trattenuta deve essere versato quale quota di contributo sindacale a \_\_\_\_\_

Io sottoscritto accetto che la presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca che produrrà i suoi effetti dal primo giorno del terzo mese successivo a quello in cui è pervenuta alla Sede INPS che ha in carico la pensione.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge 675/96, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali:

- 1) consento il loro "trattamento" per le finalità previste dallo statuto dell'associazione;  
 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS;  
 3) consento all'INPS il "trattamento" dei dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'associazione suindicata;  
 4) non consento quanto indicato ai punti \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

**QUADRO D**

**NOTIZIE DA FORNIRE SE LA PENSIONE È RICHIESTA DAL CONIUGE SUPERSTITE O DAL CONIUGE DIVORZIATO**

1.  NO  SI **Beneficio di altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti o Organismi italiani o esteri**

Decorrenza della pensione \_\_\_\_\_ Tipo di pensione \_\_\_\_\_ Ente o Stato estero erogatore \_\_\_\_\_

2.  NO  SI **Ho presentato domanda di altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti o Organismi italiani o esteri**

Decorrenza della pensione \_\_\_\_\_ Tipo di pensione \_\_\_\_\_ Ente o Stato estero erogatore \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SOLAMENTE SE IL DANTE CAUSA È DECEDUTO PRIMA DEL 1° GIUGNO 2000**

3.  NO  SI **Beneficio di rendita INAIL ai superstiti (se SI allegare Mod. REND. VII)**

Decorrenza della rendita \_\_\_\_\_ Sede dell'INAIL \_\_\_\_\_

4.  NO  SI **Ho presentato domanda di rendita INAIL ai superstiti (se SI allegare Mod. REND. VII)**

Decorrenza della rendita \_\_\_\_\_ Sede dell'INAIL \_\_\_\_\_

**QUADRO E**

**NOTIZIE DA FORNIRE SE LA PENSIONE È RICHIESTA DA FIGLI DI ETÀ INFERIORE A 18 ANNI, DA SOLI O INSIEME AL CONIUGE SUPERSTITE**

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA
COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA

**QUADRO F**

**NOTIZIE DA FORNIRE SE LA PENSIONE È RICHIESTA DA FIGLI DI ETÀ SUPERIORE A 18 ANNI, DA SOLI O INSIEME AL CONIUGE SUPERSTITE, OVVERO DAI GENITORI, OVVERO DA FRATELLI E SORELLE INABILI DEL DEFUNTO, OVVERO DA MINORI A CARICO DI ASCENDENTI**

FAMILIARE: \_\_\_\_\_

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DEFUNTO: **FIGLIO STUDENTE**

Istituto Scolastico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ anno di frequenza \_\_\_\_\_

Università di \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ anno di immatricolazione \_\_\_\_\_ durata corso legale studi \_\_\_\_\_ anni.

1.  NO  SI **presto attività lavorativa dipendente o autonoma (\*\*)** 2.  NO  SI **possiedo altri redditi personali di qualsiasi natura (\*\*)**

3.  NO  SI **beneficio in Italia o all'estero di altre pensioni (\*\*)** Ente o Stato estero \_\_\_\_\_ Tipo di pensione \_\_\_\_\_

FAMILIARE: \_\_\_\_\_

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DEFUNTO: **FIGLIO STUDENTE**

Istituto Scolastico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ anno di frequenza \_\_\_\_\_

Università di \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ anno di immatricolazione \_\_\_\_\_ durata corso legale studi \_\_\_\_\_ anni.

1.  NO  SI **presto attività lavorativa dipendente o autonoma (\*\*)** 2.  NO  SI **possiedo altri redditi personali di qualsiasi natura (\*\*)**

3.  NO  SI **beneficio in Italia o all'estero di altre pensioni (\*\*)** Ente o Stato estero \_\_\_\_\_ Tipo di pensione \_\_\_\_\_

FAMILIARE: \_\_\_\_\_

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL DEFUNTO:  **FIGLIO INABILE (\*)**  **GENITORE**  **FRATELLO O SORELLA INABILE (\*)**

1.  NO  SI **presto attività lavorativa dipendente o autonoma (\*\*)** 2.  NO  SI **possiedo altri redditi personali di qualsiasi natura (\*\*)**

3.  NO  SI **beneficio in Italia o all'estero di altre pensioni (\*\*)** Ente o Stato estero \_\_\_\_\_ Tipo di pensione \_\_\_\_\_

(\*) Allegare Mod. SS3 se non già riconosciuto inabile.

(\*\*) In caso affermativo compilare il modello reddituale fornito dall'INPS.

**QUADRO G**

**NOTIZIE SU ALTRI AVENTI TITOLO A CHIEDERE LA PENSIONE**

IO SOTTOSCRITTO Coniuge  Coniuge divorziato  Figlio  Genitore inabile a carico  Fratello o sorella inabile a carico

DICHIARO CHE, OLTRE A ME STESSO E AGLI ALTRI FAMILIARI RICHIEDENTI LA PRESTAZIONE CON LA PRESENTE DOMANDA, ESISTONO I SEGUENTI AVENTI TITOLO A CHIEDERE LA PENSIONE

1) IL CONIUGE SUPERSTITE	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) IL CONIUGE DIVORZIATO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) FIGLI LEGITTIMI O NATURALI	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) GENITORI INABILI A CARICO DEL DANTE CAUSA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) FRATELLI O SORELLE INABILI A CARICO DEL DANTE CAUSA	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**QUADRO H**

**RICHIESTA DI PRESTAZIONI ACCESSORIE**

- Chiedo l'attribuzione del trattamento minimo  
COMPILARE IL RELATIVO MODELLO REDDITUALE
- Chiedo la maggiorazione sociale prevista dall'articolo n. 1 della Legge 544/88 e successive modificazioni  
COMPILARE IL RELATIVO MODELLO REDDITUALE
- Chiedo la liquidazione del trattamento di famiglia  
COMPILARE IL RELATIVO MODELLO REDDITUALE
- Chiedo l'attribuzione dei benefici combattentistici previsti dalla sentenza 185/90  
COMPILARE IL MOD. COMB I FORNITO DALL'INPS

**QUADRO I**

**NOTIZIE DA FORNIRE SOLO SE IL DEFUNTO ERA TITOLARE DI PENSIONE O NE AVEVA FATTA RICHIESTA**

Il defunto aveva presentato domanda di pensione

Tipo pensione richiesta \_\_\_\_\_

Sede presso la quale è stata presentata la domanda \_\_\_\_\_

Il defunto SUCCESSIVAMENTE alla data di decorrenza della pensione della quale era titolare

- ha prestato attività lavorativa (\*)       non ha prestato attività lavorativa

(\*) Compilare i quadri L1 e L2.

**QUADRO L1**

**NOTIZIE SULLA SITUAZIONE ASSICURATIVA DEL DEFUNTO**

(da compilare se il defunto non era titolare di pensione o non ne aveva fatta domanda o se aveva lavorato dopo la decorrenza della pensione)

Ha svolto attività lavorativa con iscrizione alla:

- Assicurazione Generale Obbligatoria       FONDO \_\_\_\_\_
- ALLEGO DICHIARAZIONE AZIENDALE MOD. 01/M-SOST RELATIVA ALL'ULTIMO PERIODO DI LAVORO
  - ALLEGO I DOCUMENTI MATRICOLARI ED IL LIBRETTO DI NAVIGAZIONE PER LAVORO MARITTIMO
  - ALLEGO LE RICEVUTE DEI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI EFFETTUATI NELL'ULTIMO PERIODO DI LAVORO QUALE COLLABORATORE FAMILIARE
  - ALLEGO LE RICEVUTE DEI VERSAMENTI VOLONTARI EFFETTUATI NELL'ULTIMO PERIODO
  - Gestione Coltivatori Diretti, Mezzadri e Coloni - Allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo
  - Gestione Autonoma Artigiani - Allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo, la dichiarazione dei redditi d'impresa e il mod. 233
  - Gestione Autonoma Commercianti - Allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo, la dichiarazione dei redditi d'impresa e il mod. 233
  - Gestione separata di cui alla Legge n. 335/95 - Allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo

**QUADRO I.2**

**NOTIZIE SULLA SITUAZIONE ASSICURATIVA DEL DEFUNTO**

(da compilare se il defunto non era titolare di pensione o non ne aveva fatta domanda o se aveva lavorato dopo la decorrenza della pensione)

1.  Ha svolto attività lavorativa con iscrizione a forme particolari di previdenza

STATO: Amministrazione \_\_\_\_\_ Periodi \_\_\_\_\_  
 ENTI LOCALI: Comune, Provincia o Regione \_\_\_\_\_ Periodi \_\_\_\_\_  
 ENPALS: Azienda \_\_\_\_\_ Periodi \_\_\_\_\_  
 ALTRE FORME: Azienda/Ente/Cassa \_\_\_\_\_ Periodi \_\_\_\_\_

2.  Ha svolto attività lavorativa all'estero  È stato residente all'estero

ALLEGO LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE E L'APPOSITO QUESTIONARIO DISTRIBUITO DALL'INPS  
 Stato \_\_\_\_\_ Periodi \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Periodi \_\_\_\_\_

3.  Ha prestato servizio militare o equiparato per periodi di cui chiedo l'accredito figurativo

ALLEGO IL FOGLIO MATRICOLARE O LO STATO DI SERVIZIO  
 barrare la casella nel caso in cui i documenti siano stati già presentati \_\_\_\_\_ Data di presentazione \_\_\_\_\_ Tipo di domanda \_\_\_\_\_

4.  Si chiede l'accredito dei contributi figurativi e 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

5.  Ha percepito:

PRESTAZIONI ANTITUBERCOLARI \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_  
 INTEGRAZIONI SALARIALI \_\_\_\_\_ azienda \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_ azienda \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_  
 INDENNITÀ DI DISOCCUPAZIONE \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_  
 INDENNITÀ DI MOBILITÀ \_\_\_\_\_ periodo \_\_\_\_\_

6.  Ha svolto lavoro sotterraneo in miniera

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

7.  Ha svolto funzioni pubbliche elettive ovvero ha ricoperto incarichi sindacali nazionali o provinciali in periodi successivi all'11 giugno 1970 in aspettativa non retribuita

ALLEGO LA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE LO SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI PUBBLICHE O DELLE CARICHE SINDACALI

8.  Apparteneva alla categoria:

Tecnico di volo  Pilota collaudatore  Pilota di porto  Marittimo abilitato al pilotaggio

9.  Ha presentato domanda di riscatto per:

CORSO LEGALE  LAVORO ALL'ESTERO  PERIODI SCOPERTI  ALTRI MOTIVI   
 DI LAUREA  DI ASSICURAZIONE   
 DOMANDA PRESENTATA IL \_\_\_\_\_ PRESSO LA SEDE INPS \_\_\_\_\_

10.  Ha presentato domanda di ricongiunzione di periodi assicurativi:

PRESSO IL FONDO \_\_\_\_\_

**QUADRO M**

**PER RISCOUTERE LA PENSIONE TRAMITE ALTRA PERSONA**

Nel caso di riscossione di altra pensione INPS tramite delegato, indicare lo stesso delegato  
 L'indicazione di un nuovo delegato sarà trasferita anche sull'altra pensione

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

DELEGO LA PERSONA SOTTOINDICATA A RISCOUTERE IN MIO NOME E VECE QUANTO DOVUTOMI IN RELAZIONE ALLA PENSIONI CON ESONERO DELL'INPS DA OGNI RESPONSABILITÀ AL RIGUARDO.

Cognome e nome del delegato \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Comune o stato estero di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 data di nascita \_\_\_\_\_ codice fiscale del delegato \_\_\_\_\_ Comune di residenza del delegato \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
 indirizzo del delegato (via o piazza e numero civico) \_\_\_\_\_ codice postale \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ Firma del delegante \_\_\_\_\_

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_ (cognome e nome) \_\_\_\_\_ (qualifica rivestita) \_\_\_\_\_  
 attesto di aver identificato il dichiarante che mi ha esibito il documento \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_  
 il dichiarante ha sottoscritto in mia presenza  
 il dichiarante mi ha espresso la propria volontà in presenza di un impedimento a sottoscrivere

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ firma del funzionario addetto \_\_\_\_\_



Le dichiarazioni del presente quadro devono essere firmate davanti al dipendente dell'Istituto addetto a riceverle. In caso di spedizione della domanda di presentazione della medesima tramite altri soggetti le dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà devono essere accompagnate da una fotocopia (avanti/retro) di un documento di identità in corso di validità al momento della presentazione della domanda.

**1. Dichiarazione del richiedente**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome/nome) \_\_\_\_\_ (rapporto di parentela con il defunto)

dichiaro che la famiglia del dante causa al momento del suo decesso, oltre che dal medesimo, era composta da:

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Conviventi (*)
1						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
2						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
3						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
4						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
5						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
6						<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

(\*) barrare l'ipotesi che ricorre

e che  esistono  non esistono i requisiti previsti dalla legge per la vivenza a carico in quanto lo stesso dante causa provvedeva al mantenimento delle persone

non conviventi di cui ai punti \_\_\_\_\_ con carattere di continuità  
saltuariamente

**2. Dichiarazione del coniuge**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ DICHIARO sotto la mia responsabilità  
(cognome/nome)

che tra me e il coniuge defunto

- non è intervenuta sentenza di separazione
- è intervenuta sentenza di separazione legale per colpa o con addebito di separazione

di cui si allega copia

di cui si forniscono gli estremi:

sentenza pronunciata dal Tribunale di \_\_\_\_\_, depositata in cancelleria in data \_\_\_\_\_ e notificata in data \_\_\_\_\_

**3. Altre eventuali dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Con l'apposizione della propria firma i dichiaranti attestano di essere a conoscenza del contenuto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, che prevedono per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci, false o parzialmente veritiere la sanzione e la decadenza dai benefici ottenuti attraverso le predette dichiarazioni.

\_\_\_\_\_  
(firma) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_ (firma)  
\_\_\_\_\_  
(estremi del documento) \_\_\_\_\_ (estremi del documento) \_\_\_\_\_ (estremi del documento)

Si allegano n. \_\_\_\_\_ fotocopie dei documenti relative ai sottoscrittori del Quadro N.

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_ attesto, dopo  
(cognome/nome) \_\_\_\_\_ (qualifica rivestita)

aver richiamato l'attenzione dei dichiaranti sulle norme di cui agli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, di aver proceduto alla loro identificazione tramite i documenti indicati sotto le rispettive firme e che

i dichiaranti hanno apposto la loro firma in mia presenza.

i sig. identificat \_\_\_\_\_ con document \_\_\_\_\_ rilasciat il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ mi ha/hanno espresso la propria volontà in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma del funzionario)







### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Io sottoscritt..... in qualità di \_\_\_\_\_ del DANTE CAUSA (soggetto deceduto), dichiaro sotto la mia responsabilità che:

1) Il DANTE CAUSA Sig./Sig \_\_\_\_\_ è deceduto a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ ;

2) ho contratto matrimonio con il DANTE CAUSA \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ;

3) non è intervenuta tra Il/La sottoscritt..... e il DANTE CAUSA sentenza di separazione per colpa o con addebito, e che successivamente alla morte del DANTE CAUSA:

non ho contratto nuovo matrimonio       ho contratto nuovo matrimonio in data \_\_\_\_\_

### COMUNICAZIONE DEI REDDITI PER L'EROGAZIONE DELLA PENSIONE

Io sottoscritto/a **DICHIARO** sotto la mia responsabilità che per l'anno di decorrenza della prestazione:

**A** NON POSSIEDO alcun reddito influente ai fini della prestazione;

**B** POSSIEDO i redditi rilevanti ai fini della prestazione, riportati nel quadro A.

TIPOLOGIA DI REDDITO		Quadro A REDDITI DEL DICHIARANTE
ANNO .....		
1	Redditi di lavoro dipendente e assimilati, compresa Cassa integrazione guadagni, Indennità di mobilità, indennità di disoccupazione, ecc.	,00 €
2	Arretrati di lavoro dipendente e assimilati, riferiti ad anni precedenti a quello nel quale vengono percepiti soggetti a tassazione separata.	,00 €
3	Redditi di lavoro autonomo, professionale, parasubordinato e d'impresa.	,00 €
8a	Pensioni dirette erogate da Stati esteri.	,00 €
8b	Pensioni ai superstiti erogate da Stati esteri.	,00 €
9	Arretrati riferiti ad anni precedenti relativi a pensioni erogate da Stati esteri.	,00 €
14	Interessi bancari, postali, dei BOT, dei CCT e dei titoli di Stato, proventi di quote di investimento, vincite al lotto e lotterie, ecc.	,00 €
15	Redditi di partecipazione in società e imprese.	,00 €
16	Trattamenti di fine rapporto (TFR, buonuscita, liquidazione, ecc.).	,00 €
17	Arretrati di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti (Cassa integrazione guadagni).	,00 €
18	Redditi della casa di abitazione (senza considerare la detrazione fiscale).	,00 €
19	Redditi di terreni e fabbricati (esclusa la casa di abitazione).	,00 €
20	Altri redditi assoggettabili all'IRPEF (compresi gli assegni alimentari e di sostentamento, i redditi di capitale, ecc.).	,00 €
21	Rendite vitalizie o a tempo determinato costituite a titolo oneroso (ad esempio con compagnie di assicurazione).	,00 €
26	Assegno vitalizio combattenti guerra 1915-1918.	,00 €
27	Altri redditi non assoggettabili all'IRPEF.	,00 €
28	Prestazioni assistenziali in denaro erogate dallo Stato o altri Enti pubblici o Stati esteri (escluse le indennità di accompagnamento per invalidi civili, le indennità previste per i ciechi parziali, l'indennità di comunicazione per i sordomuti)..	,00 €
29	Ammontare dell'IRPEF pagata nell'anno in relazione ai redditi indicati ai righe precedenti (solo per assegni sociali).	,00 €
30	Redditi da lavoro dipendente prestato all'estero.	,00 €
31	Arretrati lavoro dipendente prestato all'estero.	,00 €

## DICHIARAZIONE CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE DETRAZIONI DI IMPOSTA

Io sottoscritto/a, già titolare anche della/e pensione/i:

n. \_\_\_\_\_ Categ. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Categ. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Categ. \_\_\_\_\_

dichiaro sotto la mia responsabilità di avere diritto alle seguenti **detrazioni di imposta**:  
(compilare **TUTTE LE CASELLE**, con **SI** o **NO** e, in caso affermativo, fornire le ulteriori informazioni richieste)

- SI  NO Detrazione per redditi da pensione.
- SI  NO Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato.
- SI  NO Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge.
- SI  NO Detrazione nella misura del **50%** per n. \_\_\_\_\_ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di **età superiore ai tre anni**.
- SI  NO Detrazione nella misura del **100%** per n. \_\_\_\_\_ figli compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di **età superiore ai tre anni**.
- SI  NO Detrazione nella misura del **100%** per n. \_\_\_\_\_ figli compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di **età inferiore ai tre anni**.
- SI  NO Detrazione nella misura del **100%** per n. \_\_\_\_\_ figli compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati **portatori di handicap**.
- SI  NO Detrazione per n. \_\_\_\_\_ altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria.
- SI  NO Detrazione nella misura del 50% per i figli di età inferiore ai tre anni o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli).
- SI  NO Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze.
- SI  NO **Per i residenti nella regione Lombardia:** aliquota dello 0,90% di addizionale regionale dell'Irpef in quanto possiedo un reddito annuo derivante esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili, non superiore a 10.329,14 euro (Legge regionale 14 luglio 2003, n.10).

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare all'INPS, entro 30 giorni, ogni variazione che dovesse comportare la perdita del diritto alle detrazioni richieste.

### AVVERTENZE

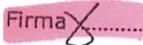
Le detrazioni per i familiari a carico spettano a condizione che le persone per le quali si riferiscono possiedano un reddito complessivo, al lordo degli oneri deducibili, non superiore al limite annualmente stabilito.  
**LA DICHIARAZIONE HA EFFETTO PER TUTTE LE PENSIONI INTESATE AL DICHIARANTE.**

Il/La sottoscritto/a consente all'INPS il trattamento dei dati personali per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa ai sensi della Legge n. 675 del 1996.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti, ai sensi dell'articolo 76 del DPR 445/2000, con le sanzioni previste dalla legge penale e dalle leggi speciali in materia.

**La presente firma vale per tutte le dichiarazioni rese sul presente modulo**

Data .....

Firma  .....