

DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA

Art. 13 e ss. Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

Residente a

Prov.

Via/Piazza

Civico

CAP

Telefono

e-mail

PEC

CHIEDE

l'erogazione della pensione di vecchiaia disciplinata dagli artt. Art. 13 e ss. Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza dell'ENPAB (barrare la voce che interessa):

☐

dal momento della maturazione del diritto (65 anni di età ed almeno 5 anni di contribuzione effettivamente versata ed accreditata)

☐

dal primo giorno del mese successivo quello di presentazione della domanda di pensione

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- di aver maturato i requisiti previsti per il conseguimento della pensione di vecchiaia disciplinata dagli artt. 13 e ss. del Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza dell'ENPAB;
- di avere una posizione regolare presso l'ENPAB, ai sensi dell'art. 12 comma 2 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza (È condizione necessaria per poter accedere a tutte le prestazioni di cui al comma 1 del presente articolo, la piena regolarità del rapporto previdenziale e che siano stati effettivamente versati ed accreditati i contributi, gli interessi, le sanzioni di cui all' art.10 e gli oneri accessori maturati e dovuti per l'intero periodo di iscrizione all'Ente).

AUTORIZZA

l'ENPAB all'accredito dell'assegno riconosciuto sul conto corrente bancario intestato al richiedente:

Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	Numero Conto Corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allega:

- copia Fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità
- modello di dichiarazione relativo alle detrazioni fiscali.

DATA

FIRMA

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", la informiamo che, i dati e le informazioni richiesti con la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della pratica e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali dell'ENPAB attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri. Il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto renderebbe infatti impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi previsti dalla normativa in materia di previdenza obbligatoria. In ogni momento la S.V. potrà accedere ai dati da Lei forniti e chiederne la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione a mezzo di una comunicazione all'indirizzo mail dirittiprivacy@enpab.it. Titolare del trattamento è ENPAB, Via di Porta Lavernale 12 - 00153 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, letta e compresa in ogni sua parte l'informativa fornita ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'ENPAB per le finalità e nei limiti specificati nell'informativa predetta.

DATA

FIRMA

Dichiarazione per le detrazioni fiscali per l'anno 2025
(art. 11, 12 e 13 del D.P.R. 22/12/1986 n. 197)

DATI ANAGRAFICI

Cognome	Nome		Nazionalità							
Nato/a a	Prov.	Data	Codice Fiscale	Sesso						
				M / F						
Residente a	Prov.	fleggare	Via	Viale	Vico	Vicolo	Corso	Contrada	Civico	CAP
Telefono	Cell.re		E-mail							
PEC										

Consapevole

Delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere. (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. N. 445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. N. 445/2000

Dichiara

- ☐ Di non voler usufruire per l'anno in corso di alcuna detrazione perché intende usufruire in sede di dichiarazione dei redditi ovvero perché ne usufruisce già in virtù di un diverso rapporto di lavoro dipendente e/o di pensione .
(Scegliendo questa opzione tutte le pensioni erogate nell'anno solare 2025 verranno decurtate delle trattenute IRPEF, senza alcuna applicazione delle detrazioni)

Oppure

Dichiara di aver diritto alle seguenti detrazioni

(barrare le caselle corrispondenti e completare con ulteriori dati richiesti)

☐ Per Reddito da Pensione

☐ Per coniuge a carico (non legalmente ed effettivamente separato)
Codice Fiscale

Detrazioni per figli e altri familiari a carico (2), sulla base dei seguenti dati:

☐ N. Figli a carico al 100% ☐ N. Figli a carico al 50%

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Portatore di Handicap (si/no)

☐ N. Altri familiari a carico al 100% ☐ N.Altri familiari a carico al 50%

☐ Mancanza dell'altro genitore (3) [si] [no]

Data

Firma

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", la informiamo che, i dati e le informazioni richiesti con la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicanti a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della pratica e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali dell' ENPAB attribuite all'Ente dalle Legge o dalle norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto renderebbe infatti impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi previsti dalla normativa materia di previdenza obbligatoria. In ogni momento la S.V. potrà accedere ai dati da Lei forniti e chiederne la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione a mezzo di una comunicazione all'indirizzo mail dirittiprivacy@enpab.it.

Titolare del trattamento è ENPAB, Via di Porta Lavernale, 12 - 00153 Roma.

Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La/Il sottoscritta/o, letta e compresa in ogni sua parte l'informativa fornita ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell' ENPAB per le finalità e nei limiti specificati nell'informativa predetta.

Data

Firma

Allegare copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità