

## Modello Pensione di INABILITA'

### DATI RICHIEDENTE:

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

STATO \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

RESIDENZA:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

### STATO CIVILE \_\_\_\_\_

**data stato civile**

**data matrimonio**

### TITOLO DI STUDIO

Licenza Media      Diploma      laurea      master      altro

### CATEGORIA

Lavoratore dipendente      Libero Professionista      Lavoratore Disoccupato      studente

Lavoratore Autonomo      casalinga      Disoccupato di Lunga durata      pensionato

### SETTORE

Pubblico impiego      Insegnanti      Sanità pubblica      Sanità privata

Agricoltura      Braccianti      Alimentari      Banche Assicurazioni

Edilizia Trasporti      Metalmeccanici      Terziario      Lavoratore Autonomo

### **MODALITA' DI PAGAMENTO**

Pagamento diretto su conto corrente

Pagamento diretto su carta prepagata con Iban

Pagamento diretto su libretto postale

Pagamento domiciliato presso ufficio postale

### **intestazione**

Iban intestato solo al richiedente

Iban cointestato

C.F. intestatario \_\_\_\_\_ C.F. Cointestatario \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

Frazionario (se IBAN poste) \_\_\_\_\_

firma dichiarante

firma richiedente

**DATI CONIUGE (SE DEL CASO)**

C.F. \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_

CELLULARE \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**STATO CIVILE CONIUGE**

Celibe/nubile      Coniugato      Vedovo      Separato      Divorziato      Unito civilmente  
Sciolto da unione civile      Parte superstite di unione civile      Tutelato      Abbandonato

Data \_\_\_\_\_

**TITOLO DI STUDIO CONIUGE**

Licenza Media      Diploma      laurea      master      altro

**CATEGORIA CONIUGE**

Lavoratore dipendente      Casalinga      Studente  
Lavoratore Autonomo      Libero Professionista      Lavoratore Disoccupato  
Disoccupato di Lunga durata      Pensionato

**SETTORE CONIUGE**

Pubblico impiego      Insegnanti      Sanità pubblica      Sanità privata      Agricoltura  
Braccianti      Alimentari      Banche Assicurazioni      Edilizia Trasporti  
Metalmeccanici      Terziario      Lavoratore Autonomo

**ATTIVITA' LAVORATIVA DICHIARANTE**

In seguito alla sua patologia sono variate le mansioni lavorative?      SI      NO

Indicare i redditi presunti dell'anno in corso :      € \_\_\_\_\_

Delego il patronato 1042 A.I.SO.P.

presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda

FIRMA RICHIEDENTE

FIRMA AFFILIATO