

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