

AUTOCERTIFICAZIONE AI FINI DEL COLLOCAMENTO A RIPOSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

A _____ (prov. _____) C.F. _____

Qualifica _____

DICHIARA

1. Di aver/non aver fruito di periodi di assenza senza retribuzione a qualsiasi titolo (es. aspettativa famiglia) dal _____ al _____
2. Di aver/non aver prestato servizio a tempo parziale dal _____ al _____
3. Di aver/non aver fruito di assenze per congedo biennale per assistenza a familiari con handicap (art. 42 comma 5 D.lgs 151/2001) dal _____ al _____
4. Di aver/non aver prestato servizi attestanti il diritto alle maggiorazioni (es. servizio presso scuole italiane all'estero, presso scuole carcerarie o altra scuola speciale etc..vedi paragrafo n. 3 della circ. INPS n. 4 del 17/01/2018) dal _____ al _____
5. Di aver/non aver aderito al FONDO ESPERO dalla data _____.

SI ALLEGA:

- COPIA DOCUMENTO IDENTITA' E CODICE FISCALE
- FOGLIO MATRICOLARE SERVIZIO MILITARE

Dichiara altresì di essere/non essere in possesso delle ulteriori certificazioni come di seguito specificato che si allegano:

- CERTIFICATO DI SERVIZIO PRESTATO PRESSO ALTRE AMMINISTRAZIONI (ENTI LOCALI, ALTRI MINISTERI, FF.SS , PP. TT, SCUOLE ELEMENTARI PARIFICATE CON VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI VERSATI PRESSO CPIASEP)
- DECRETO DI RISCATTO/COMPUTO/ RICONGIUNZIONE AI FINI PENSIONISTICI RILASCIATO DALL'USP DI _____
- COPIA DEI VERBALI DELLE COMMISSIONI MEDICHE PER L'ATTRIBUZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART. 80 – LEGGE 388/2000, IN CASO DI INVALIDITÀ SUPERIORE AL 74%; *
- COPIA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE I BENEFICI LEGGE 336/70 (ES. ORFANO DI GUERRA, PROFUGHI, ETC.);
- OGNI ALTRA DOCUMENTAZIONE UTILE CHE L'INTERESSATO/A INTENDA PRODURRE PER UNA COMPLETA SISTEMAZIONE DELLA PROPRIA POSIZIONE ASSICURATIVA.

Data _____

Firma _____

N.B.: cancellare la voce che non interessa