

Dichiarazione

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

Io sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a il _____ a _____ (PR) _____

Codice fiscale _____ Residente a _____ (PR) _____

in qualità di:

- ☐ ferito
- ☐ familiare superstite

CHIEDO

la ricostituzione del trattamento pensionistico N. _____ categoria _____

gestito dalla sede INPS di _____

per l' applicazione del beneficio dell'esenzione fiscale a favore delle vittime del dovere e dei loro familiari superstiti previsto dall'art. 1, comma 211, legge 11 dicembre 2016, n. 232;

DICHIARO

sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti:

- che il trattamento pensionistico sul quale è richiesto il beneficio deriva dal riconoscimento dello status di vittima del dovere;

Se la pensione sulla quale si chiede il beneficio è una pensione diretta:

- di essere stato riconosciuto vittima del dovere/equiparato con decreto n° _____

rilasciato da _____ il _____ n. protocollo _____

luogo dell'evento _____

percentuale di invalidità riportata _____

Se la pensione sulla quale si chiede il beneficio selezionata è una pensione ai superstiti:

- di essere familiare superstite di

(cognome) (nome)
Nato/a il _____ a _____ (PR) _____
Codice fiscale _____ deceduto/a il _____ a _____
riconosciuto/a vittima del dovere con decreto n° _____
rilasciato da _____ il _____
n. protocollo _____ luogo dell'evento _____
percentuale di invalidità riportata _____

Luogo, data

(firma)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ART. 13 DE. LGS 30 GIUGNO 2003, RECANTE "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, , via Ciriaco De Mita 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia di previdenza, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui istituti di credito o Uffici Postali, altre amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata o la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa infine che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.