Allegato n. 4
Mod. ASS/FS

ALL'ISTITUTO NAZIONALE
DELLA PREVIDENZA SOCIALE

ALLA SEDE DI.....

FONDO PER IL PERSEGUIMENTO DI POLITICHE ATTIVE A SOSTEGNO DEL REDDITO E DELL'OCCUPAZIONE PER IL PERSONALE DELLE SOCIETÀ DEL GRUPPO FS DI CUI AL D.M. n. 510 DEL 23 giugno 2009 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICHE

DOMANDA DI ASSEGNO STRAORDINARIO
DA EROGARSI IN FORMA RATEALE

QUADRO A: DATORE DI LAVORO

DENOMINAZIONE.....

CODICE FISCALE .....

CODICE AZIENDA.....

MATRICOLA INPS .....

SEDE INPS DI ISCRIZIONE .....

QUADRO B: DIPENDENTE

NOME.....COGNOME.....

CODICE FISCALE..... NATO/A il (gg/mm/aaaa).....

A.....PROV..... STATO.....

CITTADINANZA.....

STATO CIVILE .....

RESIDENTE IN.....

PROV..... STATO .....

INDIRIZZO.....CAP.....

TELEFONO.....CELLULARE.....

INDIRIZZO E-MAIL.....

QUADRO B1: CONIUGE DEL DIPENDENTE

NOME.....COGNOME .....

CODICE FISCALE.....NATO/A (gg/mm/aaaa) .....

A.....PROV. ..... STATO.....

CITTADINANZA .....

DATA DEL MATRIMONIO.....

QUADRO C: ULTIMO RAPPORTO DI LAVORO

DATA DI ASSUNZIONE.....

DATA DI RISOLUZIONE.....

QUADRO D: NUMERO DI SETTIMANE DI CONTRIBUZIONE, DA COMPILARE NEL CASO DI RICHIESTA FINALIZZATA AL CONSEGUIMENTO DELLA PENSIONE NELL'ASSICURAZIONE GENERALE OBBLIGATORIA

- lavoratori dipendenti .....
- coltivatori diretti/coloni/mezzadri .....
- artigiani .....
- commercianti .....
- benefici particolari (soggetti privi della vista, sordomuti o con invalidità superiore al 74%)*

Totale settimane alla data di risoluzione del rapporto di lavoro .....

Settimane da attribuire a titolo di incremento (il numero di settimane indicato deve corrispondere al numero di settimane per le quali verrà accreditata la contribuzione correlata).....

Retribuzione media mensile sulla quale devono essere commisurati i contributi correlati (ultima retribuzione mensile rapportata ad anno diviso 12).....

Data fino alla quale devono essere versati i contributi correlati .....

Data fino alla quale deve essere erogato l'assegno straordinario .....

Data di decorrenza della pensione .....

* la domanda di assegno deve essere corredata dalla dichiarazione del/la dipendente

QUADRO D1: DATI RELATIVI AI PERIODI DI CONTRIBUZIONE, DA COMPILARE NEL CASO DI RICHIESTA FINALIZZATA AL CONSEGUIMENTO DELLA PENSIONE NEL FONDO SPECIALE FS (ALTERNATIVO AL QUADRO D)

Servizio utile nel Fondo Speciale FS anni..... mesi ..... giorni.....

Benefici particolari (soggetti privi della vista, sordomuti o con invalidità superiore al 74%)* .....

Totale anni/mesi/giorni alla data di risoluzione del rapporto di lavoro .....

Incremento dell'anzianità contributiva riconosciuta per il calcolo dell'assegno straordinario (il periodo indicato deve corrispondere al periodo per cui viene versata la contribuzione correlata) anni..... mesi ..... giorni.....

Retribuzione media mensile sulla quale devono essere commisurati i contributi correlati (ultima retribuzione mensile rapportata ad anno diviso 12).....

Data fino alla quale devono essere versati i contributi correlati .....

Data fino alla quale deve essere erogato l'assegno straordinario .....

Data di decorrenza della pensione .....

*la domanda di assegno deve essere corredata dalla dichiarazione del/la dipendente

QUADRO E: DATI RELATIVI AL TIPO DI PENSIONE CHE MATURERÀ IL DIPENDENTE

- o vecchiaia nell'AGO
- o anzianità nell'AGO
- o vecchiaia nel Fondo Speciale FS
- o anzianità nel Fondo Speciale FS
- o anzianità nell'AGO articolo 1, comma 9, legge n. 243/2004 regime sperimentale lavoratrici 57enni sistema di calcolo contributivo (la domanda di assegno deve essere corredata dall'opzione della dipendente)
- o anzianità nel Fondo Speciale FS articolo 1, comma 9, legge n. 243/2004 regime sperimentale lavoratrici 57enni sistema di calcolo contributivo (la domanda di assegno deve essere corredata dall'opzione della dipendente)
- o vecchiaia nell'AGO marittimi articolo 46 legge n. 413/1984 (la domanda di assegno deve essere corredata dall'opzione del/la dipendente)
- o anzianità nell'AGO marittimi articolo 46 legge n. 413/1984 (la domanda di assegno deve essere corredata dall'opzione del/la dipendente)

QUADRO F: MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'ASSEGNO STRAORDINARIO

L'assegno deve essere pagato presso:

banca ..... ☐

c/c nominativo codice IBAN .....

ufficio postale..... ☐

c/c postale nominativo codice IBAN .....

QUADRO G: DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI SINDACALI

Il/La sottoscritto/a autorizza l'INPS, ai sensi dell'articolo 13 dell'Allegato C all'Accordo programmatico del 15 maggio 2009, a trattenere sulle mensilità dell'assegno i contributi associativi sindacali a favore di:

.....

La presente delega è tacitamente rinnovata ogni anno, salvo revoca. La revoca produce i suoi effetti a partire dal primo giorno del terzo mese successivo a quello in cui è pervenuta all'INPS.

Data .....Firma .....

QUADRO H: CUMULO E OBBLIGO DI COMUNICAZIONE IN CASO DI RIOCCUPAZIONE

Il/La sottoscritto/a dichiara che al momento della cessazione del rapporto di lavoro:

- o svolge altra attività lavorativa, su autorizzazione del datore di lavoro
- o non svolge attività lavorativa

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente, al datore di lavoro che finanzia l'assegno straordinario e al Fondo, lo svolgimento dell'attività lavorativa, dipendente o autonoma, successiva alla decorrenza dell'assegno straordinario, indicando il nuovo datore di lavoro.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che, in caso di inadempimento dell'obbligo, perde il diritto alla prestazione ed è tenuto/a a restituire le somme indebitamente percepite, oltre gli interessi e la rivalutazione capitale, e che la contribuzione correlata di cui all'articolo 2, comma 28, della legge n. 662/1996, viene cancellata (articolo 12, commi 8 e 9, del succitato Allegato C).

Data ..... Firma .....

QUADRO I: INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, Via Ciro il Grande 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 previdenziale, 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 ed 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 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'stanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite della agenzia stessa.

Data.....

Firma .....

Firma del legale rappresentante dell'azienda.....