

DOMANDA DI RISCATTO DEL PERIODO DI TIROCINIO PROFESSIONALE A CURA DEI SUPERSTITI

art.14 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt _____ nat _____ il
 |__|__|/|__|__|/|__|__| a _____, (prov. _____),
 codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__,
 residente in _____, comune di _____,
 via _____, n. _____, c.a.p. _____,
superstite del/della Dott./Dott.ssa _____,
 nat __ il |__|__|/|__|__|/|__|__| _____, (prov. _____),
 codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__,
 decedut __ il |__|__|/|__|__|/|__|__|

CHIEDE

il riscatto del tirocinio professionale per n° _____ anni, per i quali non è intervenuta la pre-iscrizione alla CNPADC di cui all'art. 2 del Regolamento Unitario, specificando che l'aliquota per il calcolo del riscatto è pari a _____ (indicare obbligatoriamente una percentuale a partire dal 12% fino al 100%).

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- che il de cuius **non** aveva già riscattato presso altro Ente il tirocinio professionale;

(barrare l'ipotesi che ricorre)

che il de cuius **non** aveva altra copertura previdenziale per il periodo oggetto di riscatto;

che il de cuius **aveva** altra copertura previdenziale coincidente parzialmente con il periodo oggetto di riscatto;

ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità;
- copia del certificato di stato di famiglia riferito alla data del decesso o dichiarazione sostitutiva di certificazione di stato di famiglia alla data del decesso come da Modello 2/A (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive");
- copia del certificato di compiuto tirocinio con specifica indicazione del periodo in cui è stato svolto o dichiarazione sostitutiva di certificazione periodo tirocinio professionale ad uso riscatto a cura dei superstiti come da Modello 3/P (disponibile tra la modulistica sezione "Dichiarazioni Sostitutive");
- copia dell'estratto conto previdenziale (in caso di altra copertura previdenziale);

Data |__|__|/|__|__|/|__|__|__|

Firma _____

(per esteso e leggibile)



Il/la sottoscritt___, dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 pubblicata sul sito www.cnpadc.it

Data |_|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Firma _____

(per esteso e leggibile)

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.

vers.agg. 13/02/23