

## DOMANDA DI RICONGIUNZIONE A CURA DEI SUPERSTITI

Legge del 5 marzo 1990 n. 45

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_,  
 nat. il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
 codice fiscale \_\_\_\_\_,  
 residente in \_\_\_\_\_, comune di \_\_\_\_\_,  
 via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, c.a.p. \_\_\_\_\_,  
 supersittite del/della Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
 nat. il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
 codice fiscale \_\_\_\_\_, decedut. il \_\_\_\_\_;

### CHIEDE

la ricongiunzione dei seguenti periodi assicurativi non più attivi, maturati dal de cuius in regime di assicurazione obbligatoria presso altre forme previdenziali:

| PERIODI CONTRIBUTIVI | ENTE PREVIDENZIALE |
|----------------------|--------------------|
| dal _____ al _____   |                    |
| dal _____ al _____   |                    |
| dal _____ al _____   |                    |
| dal _____ al _____   |                    |
| dal _____ al _____   |                    |
| dal _____ al _____   |                    |

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 ricongiunto altri periodi assicurativi (obbligatori, volontari, figurativi o riscattati) presso altre forme di previdenza obbligatoria;

*(barrare l'ipotesi che ricorre)*

che il de cuius, alla data del decesso, **non era** iscritto ad altra forma di previdenza obbligatoria;

che il de cuius, alla data del decesso, **era** iscritto alla seguente altra forma di previdenza obbligatoria \_\_\_\_\_;

che il de cuius, alla data del decesso, **non era** titolare di alcun trattamento pensionistico diretto;

che il de cuius, alla data del decesso, **era** titolare di trattamento pensionistico diretto.

## ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità (del richiedente);
- 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");

**Tutte le comunicazioni tra la CNPADC e i Professionisti possono essere inviate e ricevute tramite posta elettronica certificata (PEC). A tal fine nell'area riservata ai Professionisti sul sito [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it) è possibile fornire l'indirizzo PEC per ricevere dalla Cassa comunicazioni, avvisi certificati ed altre informazioni di carattere istituzionale.**

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](http://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](mailto:servizio.supporto@pec.cnpadc.it) o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1, 00198.

Per firmare il modulo con Firma Digitale, occorre salvare il file, e sovrascriverlo, ogni qualvolta all'inserimento della Smart Card l'applicazione Adobe Acrobat ne farà richiesta. Una volta salvato il modulo con entrambe le firme digitali, si potrà provvedere all'invio tramite Posta Elettronica Certificata PEC.

vers.agg. 13/02/23