

**Direzione Prestazioni Previdenziali**  
Viale Regina Margherita, 206 – 00198 ROMA  
Fax 0685446390 - 0685446557

**DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLA PENSIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Titolare della pensione matricola n. \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_

**DELEGO LA PERSONA INDICATA DI SEGUITO A RISCOUTERE LA MIA PENSIONE  
ESONERANDO L'INPS - GESTIONE EX ENPALS DA OGNI RESPONSABILITA'**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL DELEGATO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

In riferimento alla "Delega per la riscossione della pensione" conferitami dal/dalla Sig./ra \_\_\_\_\_ titolare/in attesa di pensione matricola n. \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_ a carico di codesto Istituto, mi impegno a restituire gli assegni di pensione se non più dovuti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del delegato \_\_\_\_\_

### AUTENTICAZIONE

(Art. 21, comma 2, D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nella mia qualità di \_\_\_\_\_ attesto che i Sigg.ri \_\_\_\_\_

identificati con documento di riconoscimento:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

rilasciato da 1) \_\_\_\_\_ in data 1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ in data 2) \_\_\_\_\_

hanno sottoscritto avanti a me la suesposta dichiarazione e che sono stati da me ammoniti sulle responsabilità penali cui possono andare incontro in caso di dichiarazione mendace e di esibizione di atto ovvero documento di identità personale falso o contenente dati non più rispondenti a veridicità.

Data \_\_\_\_\_

Timbro d'Ufficio

IL FUNZIONARIO ADDETTO

\_\_\_\_\_

Mi impegno a comunicare all'Inps – Gestione ex Enpals qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le Amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

L'Inps – Gestione ex Enpals con sede in Roma, Viale Regina Margherita 206, 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 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 – Gestione ex Enpals 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, altri 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 – Gestione ex Enpals la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice.

*Nota: Ai sensi dell'art. 21 del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, l'ENPALS è soppresso e le sue funzioni sono trasferite all'INPS. In attesa dell'emanazione dei decreti che disciplinano il trasferimento delle risorse strumentali, umane e finanziarie dall'ENPALS all'INPS, il soppresso ENPALS continua ad espletare le attività connesse ai propri compiti istituzionali.*