



Associazione di Diritto Privato  
Via Mantova, 1  
00198 - Roma  
C.F. 80021670585

**DOMANDA DI RISCATTO DEL SERVIZIO MILITARE  
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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_, decedut. il  
\_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

il riscatto del servizio militare per n° \_\_\_\_\_ anni

☐ in applicazione del metodo CONTRIBUTIVO con aliquota per il calcolo pari a \_\_\_\_\_  
(indicare obbligatoriamente una percentuale a partire dal 12% fino al 100%)

**o, in alternativa,**

☐ in applicazione del metodo REDDITUALE (**opzione riservata esclusivamente ai superstiti degli iscritti alla CNPADC alla data del 31/12/2003**).

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 o accreditato presso altro Ente il periodo del servizio militare;  
(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;
- copia del foglio matricolare o Stato di Servizio da reperire c/o il Distretto Militare di appartenenza o la Capitaneria di Porto (**non è valido il foglio di congedo illimitato**) o copia del certificato rilasciato dall'Ente pubblico qualora sia stato prestato servizio sostitutivo civile;
- 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](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.