



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

DOMANDA DI RISCOATTO DEL CORSO LEGALE DI LAUREA

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 corso legale di laurea 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 presso altro Ente il periodo del corso legale di laurea;

(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 certificato di laurea ad uso riscatto con specifica indicazione della data di immatricolazione e del periodo di corso legale, da reperire c/o la segreteria dell'Università nella quale è stato conseguito il diploma di laurea;
- 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.