



Servizio Prestazioni
Ufficio Liquidazione Pensioni
Via Antoniotto Usodimare, 31
00154 – Roma

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

**ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO
DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
DELLA FONDAZIONE ENASARCO**

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

INFORMAZIONI UTILI

REQUISITI PENSIONISTICI

Per ottenere la pensione di inabilità è necessario avere:

- ▶ un'assoluta e permanente incapacità all'esercizio di qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale;
- ▶ un minimo di 5 anni di anzianità contributiva obbligatoria di cui almeno un anno (quattro trimestri) nel quinquennio antecedente la presentazione della domanda di pensione;
- ▶ la cessazione di tutti i rapporti di agenzia, che può avvenire anche in data successiva a quella di presentazione della domanda.

COME COMPILARE LA DOMANDA

La domanda è valida solo se compilata nei campi ritenuti obbligatori, firmata laddove indicato e comprensiva della documentazione essenziale richiesta.

Nel caso di impossibilità a firmare, la dichiarazione deve essere rilasciata davanti a un pubblico ufficiale che attesti che tale dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

La dichiarazione, nell'ipotesi di impedimento temporaneo dipeso da ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita da dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'impedimento, resa a pubblico ufficiale, dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante (art. 4, comma 1 e 2, D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni).

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

Essenziale

(N.B.: in caso di mancato invio della seguente documentazione la domanda potrebbe essere respinta)

- ▶ certificato medico, incluso nella domanda, che dovrà essere obbligatoriamente compilato dal medico in ogni sua parte, apponendo firma e timbro, inviato in originale;
- ▶ fotocopia del documento d'identità del richiedente firmato e in corso di validità (art. 35 D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni);
- ▶ fotocopia del codice fiscale del richiedente.

Facoltativa

- ▶ dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta;
- ▶ copia del contratto di agenzia;
- ▶ dichiarazione delle ditte o del richiedente attestante lo scioglimento dei rapporti di agenzia se già intervenuto (allegato).

COME PRESENTARE LA DOMANDA

La domanda compilata dovrà essere:

- ▶ inviata a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno alla sede della Fondazione Enasarco in Roma (Fondazione Enasarco – Servizio Prestazioni – Ufficio Liquidazione Pensioni – Via Antoniotto Usodimare, 31 – 00154 Roma);
- ▶ presentata direttamente agli Uffici Periferici della Fondazione Enasarco (gli indirizzi sono reperibili sul sito www.enasarco.it).

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

SI RICORDA CHE

- ▶ Non si può beneficiare della prestazione pensionistica di inabilità Enasarco e della pensione di invalidità civile parziale Inps, in quanto vi è incompatibilità. Non esiste, invece, alcuna incompatibilità per i mutilati ed invalidi civili totali.
Il beneficiario può optare però per il trattamento economico più favorevole.
(Art. 3, comma 1, L. 407/90 e successive modificazioni e integrazioni; art. 5 D.M. dell'Interno n. 553/92).
- ▶ La pensione di inabilità decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda purché a tale data siano cessati tutti i rapporti di agenzia. Qualora la cessazione avvenga in un momento successivo a quello di presentazione della domanda, la decorrenza della prestazione è posticipata al primo giorno del mese successivo a quello nel quale si è verificato lo scioglimento dell'ultimo rapporto di agenzia (art. 20, comma 2, del Regolamento delle Attività Istituzionali della Fondazione Enasarco).
- ▶ Il diritto alla pensione di inabilità si estingue con la ripresa dell'attività lavorativa che deve essere tempestivamente comunicata alla Fondazione Enasarco.
- ▶ Eventuali modificazioni dei dati contenuti nella dichiarazione dovranno essere comunicati alla Fondazione Enasarco nel termine di 30 gg. dalla loro variazione.
- ▶ L'incompleta o la mancata segnalazione di fatti o stati che incidono sul diritto e/o sulla misura della pensione comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse.

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

PROTOCOLLO ENASARCO

NB: I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori, la mancata compilazione potrebbe comportare la reiezione della domanda.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome*		Nome*	
Codice Fiscale*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sesso*	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Matricola*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Data di nascita*	Comune di nascita*	Provincia* <input type="text"/> <input type="text"/>	
Residenza*	Comune*		
CAP* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Provincia* <input type="text"/> <input type="text"/>	Telefono*	
Indirizzo email			
Domicilio* (da compilare solo se non coincidente con la residenza)			

Presenta domanda di PENSIONE DI INABILITÀ

e, a tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni non veritiere, formazione e uso di atti falsi

Dichiara

di essere* (contrassegnare la casella corrispondente al proprio stato civile)

<input type="checkbox"/>	Celibe/nubile
<input type="checkbox"/>	Coniugato/a dal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/>	Separato/a dal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/>	Divorziato/a dal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)
<input type="checkbox"/>	Vedovo/a dal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (gg/mm/aaaa)

DATI RELATIVI AL CONIUGE ANCHE SE NON FISCALMENTE A CARICO*

Cognome*		Nome*	
Data di nascita*	Comune di nascita*	Provincia* <input type="text"/> <input type="text"/>	
Codice fiscale del coniuge*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Dichiara:

(la mancata indicazione di quanto sotto richiesto comporterà dei ritardi nell'erogazione della prestazione)

- ☐ di aver presentato all'Inps domanda di pensione di invalidità civile;
- ☐ di percepire la pensione di invalidità civile parziale Inps (categoria INV.CIV.). Specificare la percentuale di invalidità riconosciuta _____ %;
- ☐ di essere stato/a riconosciuto/a invalido/a civile al _____ % e di non percepire alcun trattamento pensionistico dall'Inps. Specificare la motivazione _____ ;
- ☐ di non aver presentato all'Inps domanda di pensione di invalidità civile.

Inoltre dichiara:

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Fondazione Enasarco che percepisce la pensione di invalidità civile parziale (se liquidata successivamente alla data di presentazione di questa domanda). La comunicazione sarà inviata tramite raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a: Fondazione Enasarco Servizio Prestazioni – Ufficio Liquidazione Pensioni – Via Antoniotto Usodimare, 31 – 00154 Roma o inviando un fax al numero 06.57932537.
- di essere a conoscenza che vi è incompatibilità tra la prestazione pensionistica di inabilità Enasarco e la pensione di invalidità civile parziale Inps e, che non esiste, invece, alcuna incompatibilità per i mutilati ed invalidi civili totali. Il sottoscritto è altresì consapevole che può optare per il trattamento economico più favorevole.
(Art. 3, comma 1, L. 407/90 e successive modificazioni ed integrazioni; art. 5 D.M. dell'Interno n. 553/92).
- di aver cessato l'attività lavorativa il: (gg/mm/aaaa).
In caso contrario il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente alla Fondazione Enasarco la data di scioglimento dell'ultimo rapporto di agenzia (se cessata successivamente alla data di presentazione di questa domanda). La comunicazione sarà inviata alla Fondazione tramite raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a: Fondazione Enasarco Servizio Prestazioni – Ufficio Liquidazione Pensioni – Via Antoniotto Usodimare, 31 – 00154 Roma o inviando un fax al numero 06.57932537.

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

DATI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI AGENZIA/RAPPRESENTANZA ESERCITATA

Ha esercitato l'attività in forma societaria? Sì ☐ No ☐

Se sì, riportare i dati richiesti:

RAGIONE SOCIALE	DATA INIZIO	DATA TERMINE O VARIAZIONE	SOCI CHE SVOLGONO L'ATTIVITÀ DI AGENZIA	PERCENTUALE RIPARTIZIONE CONTRIBUTI

Ditte per le quali svolge o ha svolto attività di agente e/o rappresentante:

RAGIONE SOCIALE E SEDE DELLA DITTA MANDANTE	NUMERO POSIZIONE DITTA	INDICARE OBBLIGATORIAMENTE IL PERIODO DEL RAPPORTO MESE E ANNO DI INIZIO O FINE			TIPO CONTRATTO MONO O PLURIMANDATARIO
		DAL	CESSATO IL	IN ATTO	

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

MODALITÀ DI PAGAMENTO DELLA PENSIONE

Chiede il pagamento con:

☐ Accredito su c/c bancario o postale.

(È obbligatorio riportare tutti i dati bancari o del Banco Posta richiesti. Se non si conoscono si possono richiedere direttamente alla Banca o Banco Posta di cui si è correntisti).

☐ Accredito su libretto postale, dotato di codice IBAN.

(È obbligatorio riportare tutti i dati del Banco Posta richiesti).

Indicare i dati bancari o del Banco Posta richiesti

Banca o Banco Posta:Località:CAP: [][][][][]Indirizzo:

Codice IBAN:

Si precisa che qualora la modalità di pagamento prescelta sia l'accredito su c/c bancario o postale oppure libretto postale, l'errata o incompleta indicazione del codice IBAN determinerà il pagamento tramite assegno circolare solo qualora l'importo da erogare non sia superiore a €1.000,00, assumendo a proprio carico il rischio dei ritardi conseguenti a disguidi postali, smarrimenti o sottrazioni indebite.

Codice SWIFT*: solo se si richiede il bonifico presso banche all'estero

Si precisa che l'errata o incompleta indicazione del codice SWIFT impedirà il pagamento della pensione.

☐ Assegno Circolare non trasferibile a domicilio.

(Riservato ai pagamenti in territorio italiano, di importo non superiore a €1.000,00, assumendo a proprio carico il rischio dei ritardi conseguenti a disguidi postali, smarrimenti o sottrazioni indebite).

Si precisa che la rata mensile di pensione inferiore a €1.000,00 potrebbe superare il limite consentito per il pagamento in contanti nel caso di somme aggiuntive, competenze arretrate e tredicesima. La Legge n. 214/12 prevede che le pensioni pari o superiori a tale importo potranno essere accreditate esclusivamente su c/c postale o bancario oppure su libretto postale. La mancanza dell'esatta segnalazione delle coordinate bancarie/postali potrebbe quindi comportare la mancata erogazione della prestazione richiesta.

Si allegano

(contrassegnare le caselle relative agli allegati posti a corredo della domanda):

☐ fotocopia del documento di identità del richiedente firmato e in corso di validità (art. 35 D.PR. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni);

☐ fotocopia del codice fiscale del richiedente;

☐ dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta;

☐ copia del contratto d'agenzia;

☐ altro: _____

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

NB: I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori.

Si precisa che il certificato medico dovrà essere inviato in originale.

CERTIFICATO MEDICO DI INABILITÀ

Compilare il presente certificato in ogni sua parte riportando in modo particolareggiato l'esame obiettivo dello stato morboso che costituisce l'eventuale causa dell'inabilità.

Cognome e nome*

Matricola*

Nato il* a*

Provincia*:

Residente a*

Provincia*:

via*

ANAMNESI

1. Familiare

2. Personale remota

3. Personale prossima

4. Lavorativa

B) ESAME OBIETTIVO

1. Condizioni generali

2. Stato di nutrizione

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Cognome e nome agente*

Matricola*

ESAME OBIETTIVO (segue)

3. Stato di sanguificazione

4. Capo e collo

5. Organi di senso

Vista

Udito

6. Apparato respiratorio

7. Apparato cardio-vascolare

8. Apparato digerente

Organi ipocondriaci

9. Apparato genito-urinario

10. Apparato osteoarticolare e locomotore

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Cognome e nome agente*

Matricola*

B) ESAME OBIETTIVO (segue)

11. Apparato linfoghiandolare

12. Sistema nervoso

13. Esito e data di eventuali recenti accertamenti clinici di laboratorio e radiografici

C) SINTESI DIAGNOSTICA*

D) ATTESTAZIONE DI INABILITÀ*

Si certifica che l'agente ha riportato un'assoluta e permanente incapacità all'esercizio di qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale.

Il medico

Firma e timbro*

Indirizzo

Data

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), il trattamento delle informazioni che La riguardano sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 Le comunichiamo che:

- ▶ tutti i dati personali che La riguardano, compresi quelli sensibili, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali, nonché dalla legge e dai regolamenti al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa. Il trattamento dei dati avverrà con l'utilizzo di strumenti elettronici, attraverso logiche correlate alle finalità per le quali sono stati raccolti;
- ▶ il conferimento dei dati anagrafici del richiedente, dei dati relativi al coniuge anche se non fiscalmente a carico e delle coordinate bancarie, in caso di banca estera, è obbligatorio al fine di poterLe offrire la prestazione richiesta; il conferimento dei dati relativi a stato civile, attività d'agenzia esercitata e modalità di pagamento del trattamento pensionistico ha lo scopo di agevolare il disbrigo puntuale della pratica inerente la prestazione richiesta;
- ▶ il trattamento dei dati avverrà ad opera di dipendenti della Fondazione; eccezionalmente potranno conoscere i Suoi dati altri soggetti che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto della Fondazione Enasarco, i quali operano in qualità di responsabili designati dalla Fondazione stessa. Inoltre i Suoi dati 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, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria;
- ▶ in ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. In particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarLa; ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intellegibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; chiedere l'aggiornamento, la rettifica ovvero l'integrazione dei dati; opporsi, in tutto o in parte e per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- ▶ il titolare del trattamento è la Fondazione Enasarco con sede in Roma Via Antoniotto Usodimare n. 31.

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

ALLEGATO

DICHIARAZIONE PER IL DIRITTO ALLE DETRAZIONI D'IMPOSTA

(Artt. 11, 12 e 13 del TUIR – D.P.R. 917/86 e successive modificazioni)

Per ottenere le detrazioni è obbligatorio compilare le pagine successive con dati del coniuge, anche se non a carico (tranne nei casi in cui è deceduto, separato legalmente o divorziato) e degli altri soggetti a carico.

Si ricorda che l'obbligo di comunicazione annuale dei dati relativi a detrazioni per familiari a carico sussiste solo in caso di variazione dei dati stessi.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome		Nome	
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Matricola	<input type="text"/>		
Data di nascita	Comune di nascita	Provincia <input type="text"/>	
Residenza	Comune		
CAP <input type="text"/>	Provincia <input type="text"/>	Telefono	
Domicilio (solo se non coincidente con la residenza)			

Stato civile*

* si prega di indicare sempre lo stato civile, scegliendo tra i seguenti: celibe/nubile, coniugata/o, separata/o, divorziata/o, vedova/o.

Se pensionato

Titolare della pensione	Numero di ruolo pensione
Matricola <input type="text"/>	

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/00 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/00 in caso di dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi di aver diritto alle detrazioni d'imposta a decorrere dal (gg/mm/aaaa)

<input type="checkbox"/>	per redditi da pensione
<input type="checkbox"/>	per il coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico di età inferiore ai tre anni <input type="text"/> (indicare nella casella il numero)
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico di età superiore ai tre anni <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico portatori di handicap di età inferiore ai tre anni (ai sensi dell'art.3 della legge 104/92) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	per i figli a carico portatori di handicap di età superiore ai tre anni (ai sensi dell'art.3 della legge 104/92) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	per il primo figlio a carico in assenza del coniuge
<input type="checkbox"/>	per altri familiari a carico

DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITÀ

ARTT. 20 E SS. REGOLAMENTO DELLE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DELLA FONDAZIONE ENASARCO

ALLEGATO

CONIUGE

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

(gg/mm/aaaa)

Stato

FIGLI A CARICO

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

** (gg/mm/aaaa)

Stato

☐ per figlio

☐ per primo figlio in assenza di coniuge

☐ primo figlio portatore di handicap

☐ 50%

☐ 100%

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

** (gg/mm/aaaa)

Stato

☐ per figlio

☐ per primo figlio in assenza di coniuge

☐ primo figlio portatore di handicap

☐ 50%

☐ 100%

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

** (gg/mm/aaaa)

Stato

☐ per figlio

☐ per primo figlio in assenza di coniuge

☐ primo figlio portatore di handicap

☐ 50%

☐ 100%

** le date di nascita sono da indicare solo per i figli di età inferiore ai tre anni.

ALTRI FAMILIARI A CARICO (di cui all'art. 433 del C.C. sono da indicare solo se il carico spettante è pari al 100%.)

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Nato a

Provincia

Il

(gg/mm/aaaa)

Stato

A carico dal

(gg/mm/aaaa)

Cognome e nome dell'agente

Firma dell'agente