

Domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi
 (Legge n. 45/1990, come integrata dall'articolo 6 D.LGS. n. 42 del 02/02/2006)

Dati Anagrafici

<p>Cognome</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Codice Fiscale</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Luogo di nascita</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<p>Nome</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>Sesso</p> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <p>Data di nascita</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <p>Prov.</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <p>Nazione</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
---	--

Cellulare - E-mail - *PEC

<p>Cellulare</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>E-mail</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <p>*PEC (obbligatoria ai sensi dell'art. 16 DL 185/2008)</p> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
--

Stato Via/Piazza/etc.. Indirizzo Civico

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Presso	Località/Comune	Prov.	Frazione
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Telefono	Cellulare	Fax	CAP
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Matricola ENPAB	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

CHIEDE

a norma della Legge n. 45/90, la ricongiunzione dei seguenti periodi assicurativi non più attivi, maturati in regime di assicurazione obbligatoria presso altre forme previdenziali.

Dal	Al	Istituto/Ente/Cassa	Indirizzo/cap/città

Dichiara, altresì, di non avere altri periodi assicurativi (obbligatori, volontari, figurativi o riscattati) presso altre forme di previdenza obbligatoria.

Dichiara inoltre di:

- esercitare la libera professione di Biologo all'atto della presentazione dell'istanza di ricongiunzione;
- non essere iscritto in altre forme di previdenza obbligatorie;
- essere attualmente iscritto anche _____ (indicare la forma di previdenza obbligatoria presso cui si è iscritti)
- di non essere pensionato di altri enti che gestiscono forme di previdenza obbligatoria;
- di essere titolare di pensione di anzianità o di vecchiaia presso _____ a decorrere dal _____

Allega:

- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
- Estratto conto altri enti

Ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196, il sottoscritto/a esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati ai fini istituzionali e non costituiscono oggetto di divulgazione o diffusione se non per comunicazioni alle autorità competenti

Data	Firma
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	_____