



Domanda di pensione di anzianità

Per ottenere la pensione, oltre a possedere i requisiti di legge, dovrà compilare tutte le parti dei moduli ritenute indispensabili e contrassegnate da una cornice blu. La preghiamo inoltre di leggere con attenzione anche le parti che riguardano la richiesta di altri dati e documentazione. La domanda compilata deve essere consegnata all'ufficio Inps della sua zona o inviata per posta o presentata tramite un Ente di patronato, che offre assistenza gratuita.

- **Dati e documentazione indispensabili alla liquidazione della pensione** (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)
 - copia di un documento di identità del richiedente da allegare alla domanda
 - autocertificazione dello stato civile
 - dati anagrafici e codice fiscale del coniuge
 - dati sulla situazione assicurativa che sono influenti per il diritto alla pensione e che non sono presenti nell'estratto contributivo
 - dichiarazione di cessazione di qualsiasi tipo di attività di lavoro dipendente (da presentare obbligatoriamente, anche a parte, in caso di cessazione dell'attività lavorativa successiva alla presentazione della domanda)
- **Documentazione da allegare per richieste/agevolazioni/situazioni particolari**
 - Se deve chiedere la pensione integrata al trattamento minimo, la maggiorazione sociale, o i trattamenti di famiglia, deve presentare la dichiarazione reddituale (modulo RED – modulo prestazioni accessorie) *
 - Se è un invalido può chiedere particolari agevolazioni per aumentare l'anzianità contributiva (modulo agevolazioni)*
 - Se ha fatto il servizio militare si ricordi di allegare a questi moduli il foglio matricolare. Se ne è sprovvisto, può presentare un'autocertificazione*
 - Se ha dei periodi di maternità o di malattia anteriori al 1989, per ottenerne l'accredito può presentare un'autocertificazione indicando i periodi*
 - Se è stato autorizzato al versamento dei contributi volontari deve allegare le copie degli ultimi bollettini di pagamento, solo se i periodi non risultano sul suo estratto contributivo
 - Se ha fatto di recente la richiesta di riscatto di laurea o di lavoro all'estero, di rendita vitalizia o di ricongiunzione deve allegare le copie dei bollettini di versamento, solo se i periodi non risultano sul suo estratto contributivo
 - Se è lavoratore domestico deve presentare le copie dei bollettini riguardanti gli ultimi trimestri di lavoro solo se i periodi non risultano sul suo estratto contributivo
 - Se è artigiano o commerciante deve presentare un'autocertificazione per indicare i redditi di impresa relativi agli ultimi quattro anni, inoltre, deve compilare il modulo per la ripartizione dei redditi di impresa con collaboratori per il periodo gennaio 1982 / giugno 1990 oppure, nel caso continui a svolgere attività di lavoro autonomo, di impresa o professionale o di collaborazione coordinata o a progetto, deve dichiarare i redditi previsti per l'anno in corso (modulo redditi/impresa) *
 - Può utilizzare moduli di delega se intende avvalersi dell'aiuto di un patronato, se intende destinare delle quote di pensione ad un sindacato, se intende delegare una persona di fiducia per riscuotere la pensione (modulo delega/patronato - delega/sindacato - delega riscossione pensione) *
 - All'interno di questo modulo si chiede di indicare, oltre alla residenza, anche la banca o l'ufficio postale per la riscossione della pensione. Se, dopo aver presentato la domanda, questi dati dovessero cambiare, deve comunicarlo con gli appositi moduli (modulo residenza - modulo posta - modulo banca) *
 - Se è stato combattente, profugo, se è vedova o orfano di guerra, deve allegare il modulo per le relative agevolazioni (COMB/1) e la documentazione in esso indicata. *

* Moduli e schemi di autocertificazione disponibili presso i nostri uffici o sul sito www.inps.it



Pensione di anzianità - 1/10

ALLA SEDE DI

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

STATO CIVILE

Barrare la casella corrispondente

- Celibe/Nubile
- Separato/a dal
- Vedovo/a dal
- Coniugato/a dal
- Divorziato/a dal

DATI DEL CONIUGE

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO



Pensione di anzianità - 2/10

Barrare la casella corrispondente

● DICHIARO

di avere svolto attività lavorativa come:

- lavoratore dipendente iscritto all'assicurazione generale obbligatoria
- lavoratore dipendente iscritto al fondo speciale
indicare il nome del fondo (volo, elettrici, telefonici ecc.)
- artigiano
- commerciante
- coltivatore diretto, mezzadro e colono
- collaboratore coordinato o professionista abituale

di non svolgere alcuna attività lavorativa dal (gg/mm/aaaa)

che cesserò l'attività lavorativa dipendente il (gg/mm/aaaa)

di svolgere attività lavorativa autonoma come:

- artigiano
- commerciante
- coltivatore diretto/colono o mezzadro
- di svolgere attività di collaborazione coordinata o attività professionale abituale

- di aver svolto attività lavorativa all'estero:

Stato dal al (gg/mm/aaaa)

Stato dal al (gg/mm/aaaa)

- di non avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri
- di avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri

Ente o Stato Estero Pensione diretta Pensione ai superstiti

n. pensione decorrenza (gg/mm/aaaa)

- di aver presentato domanda di altra pensione a carico dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri

Trattamento richiesto

Ente al quale è stata presentata la domanda

a partire dal (gg/mm/aaaa)



Pensione di anzianità - 3/10

Barrare la casella corrispondente

● DICHIARO

- di aver prestato servizio militare o servizio equiparato per periodi di cui chiedo l'accredito figurativo:
 - allego il foglio matricolare o autocertificazione
 - il foglio matricolare o l'autocertificazione è stato già presentato
il (gg/mm/aaaa) protocollo n.

- di aver percepito prestazioni per malattie specifiche (assegno per la cura della tubercolosi)
dal al (gg/mm/aaaa)

- di aver presentato domanda di riscatto per:
 - corso legale di laurea
il (gg/mm/aaaa) protocollo n.
 - periodi scoperti di assicurazione
il (gg/mm/aaaa) protocollo n.
 - altri motivi (lavoro all'estero, gravidanza e puerperio ecc)
il (gg/mm/aaaa) protocollo n.
 - di aver presentato domanda di ricongiunzione di periodi assicurativi
il (gg/mm/aaaa) protocollo n.

● CHIEDO

- l'accredito dei contributi figurativi e/o l'integrazione delle retribuzioni ridotte e allego la relativa documentazione per :
 - gravidanza e puerperio (autocertificazione)
 - malattia o inabilità temporanea al lavoro derivante da infortunio di durata superiore a 7 giorni (certificato Inail)
 - donazione di sangue (certificato rilasciato dal medico che ha effettuato il prelievo)

data _____

firma _____



Pensione di anzianità - 4/10

Compilare solo in caso di richiesta di assegno per il nucleo familiare o di assegni familiari

- Se il nucleo familiare include inabili, allegare modulo SS3 (disponibile presso i nostri uffici e compilato dal medico)
- Se include studenti, allegare certificato di frequenza scolastica o autocertificazione
- Se include studenti universitari, allegare certificato di immatricolazione e di iscrizione o autocertificazione

Barrare la casella corrispondente

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> inabile	<input type="radio"/> studente	<input type="radio"/> studente universitario	

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> inabile	<input type="radio"/> studente	<input type="radio"/> studente universitario	

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> inabile	<input type="radio"/> studente	<input type="radio"/> studente universitario	

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
RELAZIONE DI PARENTELA	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> inabile	<input type="radio"/> studente	<input type="radio"/> studente universitario	



Pensione di anzianità - 5/10

Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(art. 11 e 12 del TUIR - DPR 917/1986 e successive modificazioni)

Dichiaro di aver diritto alla detrazione di imposta, a decorrere dal _____ (gg/mm/aaaa)

Detrazioni e agevolazioni personali (articoli 13 e 11 del Testo unico sui redditi)

- per redditi di lavoro dipendente, assimilati e di pensione
- perchè alla formazione del reddito annuo complessivo concorrono soltanto redditi da pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro annui e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze

Detrazioni per carichi di famiglia (articolo 12 del Testo unico sui redditi)

- per il coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato con reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili previsti dall'art. 10 del Testo unico imposte sui redditi)
- per il primo figlio a carico in assenza del coniuge compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati che posseggano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili di cui all'art. 10 del Testo unico imposte sui redditi)

Detrazioni per i figli a carico

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ al 100% al 50% minore di 3 anni disabile

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ al 100% al 50% minore di 3 anni disabile

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ al 100% al 50% minore di 3 anni disabile



Pensione di anzianità - 6/10

Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(art. 11 e 12 del TUIR - DPR 917/1986 e successive modificazioni)

Primo figlio a carico in assenza del coniuge

(L'assenza del coniuge si verifica quando l'altro genitore è deceduto o è separato o non ha riconosciuto i figli naturali)

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ minore di 3 anni disabile

Altri familiari a carico che posseggano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili di cui all'art. 10 del TUIR)

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ al 100% al 50% altra aliquota _____ %

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ al 100% al 50% altra aliquota _____ %

● Questa parte deve essere compilata solo da chi risiede in Veneto o in Lombardia

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver diritto alla riduzione dell'aliquota di addizionale regionale per la:

Regione Lombardia (Legge Regionale 14 luglio 2003, n. 10)

- perché possiedo redditi non superiori a € 10.329,14, derivanti esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili.

Regione Veneto (Legge Regionale 21 dicembre 2006, n. 27)

- perché possiedo un reddito imponibile non superiore a 50.000,00 euro ed ho a carico tre figli (la soglia del reddito imponibile è innalzata di euro 10.000,00 per ogni figlio a carico oltre il terzo).
- perché possiedo un reddito imponibile, non superiore a 45.000,00 euro ed ho a carico fiscalmente un disabile (articolo 12 del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917).
- perché sono un disabile con un reddito imponibile non superiore a 45.000,00 euro (per disabile si intende il soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104).



Pensione di anzianità - 7/10

Richiesta di pagamento della pensione presso banca

● CHIEDO IL PAGAMENTO

Barrare la casella corrispondente

- ALLO SPORTELLO
- CON ASSEGNO CIRCOLARE
- SUL MIO CONTO CORRENTE BANCARIO NOMINATIVO

- Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario nominativo o su libretto risparmio nominativo, la banca deve compilare la parte sottostante.

data _____

timbro della banca

firma del funzionario _____

- SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO

(indicare i codici IBAN e BIC solo se utilizzati)

data _____

timbro della banca

firma del funzionario _____

- SU CARTA PREPAGATA

(solo per Banca Intesa nelle città di Bolzano, Cagliari, Imperia, Pavia, Pomezia, Potenza, Salerno, Vigevano).

data _____

timbro della banca

firma del funzionario _____



Pensione di anzianità - 8/10

Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane

UFFICIO POSTALE DI N.
 INDIRIZZO
 CAP CITTA'
 CODICE ABI CODICE CAB/FRAZIONARIO

(i codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)

● CHIEDO IL PAGAMENTO

Barrare la casella corrispondente

ALLO SPORTELLO

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo o su conto corrente nominativo, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N.

data _____

timbro d'ufficio postale

firma del funzionario _____

SUL MIO CONTO CORRENTE POSTALE NOMINATIVO

CODICE IBAN CODICE BIC

data _____

timbro d'ufficio postale

firma del funzionario _____

CON INPSCARD

*Allo sportello postale si può richiedere **INPSCARD**, una carta elettronica sulla quale è possibile accreditare direttamente e gratuitamente la pensione ogni mese.*



Pensione di anzianità - 9/10

Elenco documenti allegati

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copia di un documento di identità | <input type="checkbox"/> Autocertificazione servizio militare |
| <input type="checkbox"/> Modulo RED | <input type="checkbox"/> Autocertificazione periodi di maternità o di malattia |
| <input type="checkbox"/> Modulo redditi/Impresa | Copia dei bollettini di pagamento di: |
| <input type="checkbox"/> Modulo agevolazioni | <input type="checkbox"/> Versamenti volontari |
| <input type="checkbox"/> Modulo prestazioni accessorie | <input type="checkbox"/> Riscatto laurea |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/patronato | <input type="checkbox"/> Rendita vitalizia |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/sindacato | <input type="checkbox"/> Ricongiunzione |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega riscossione pensione | <input type="checkbox"/> Lavoro all'estero |
| <input type="checkbox"/> Modulo residenza | <input type="checkbox"/> Lavoratore domestico |
| <input type="checkbox"/> Modulo posta | Altro: |
| <input type="checkbox"/> Modulo banca | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Modulo agevolazioni ex combattenti (COMB1) | <input type="checkbox"/> _____ |

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'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 con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, 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 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, altre 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 la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Pensione di anzianità - 10/10

Dichiarazione di cessazione attività lavorativa

ALLA SEDE DI

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL

● DICHIARO

Di aver cessato la mia attività lavorativa il (gg/mm/aaaa)

Di aver presentato domanda di pensione il (gg/mm/aaaa)

protocollo n.

Data

Firma del richiedente

● DA RICORDARE

Questo modulo va compilato e consegnato dopo aver effettivamente terminato l'attività lavorativa.