



Allegato n. 1

**ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DEL TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

Io sottoscritt \_\_\_\_\_, nat \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fiscale  
\_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_  
collocato a riposo dal \_\_\_\_\_

**ESPRIMO IL CONSENSO**

al trattamento dei miei dati personali e/o sensibili, trattati sia in forma cartacea che attraverso strumenti informatici, compresa la loro comunicazione a terzi; e ciò comunque sempre nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Ufficio I.

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile



ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI D.P.R. 445/2000

\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ sottoscritto \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
In servizio presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapito tel. \_\_\_\_\_

DICHIARA QUANTO SEGUE:

- 1) Di essere nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- 2) Di essere residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_
- 3) Di essere cittadin \_\_\_\_\_ italian \_\_\_\_\_
- 4) Di godere dei diritti politici
- 5) Di essere (Indicare lo stato civile) \_\_\_\_\_
- 6) Che il figlio/a di nome \_\_\_\_\_ è nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_
- 7) Che \_\_\_\_\_ è nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
( indicare il cognome e il rapporto di parentela con il dichiarante)
- 8) Che la famiglia convivente si compone di.

(COGNOME E NOME)	(DATA DI NASCITA)	RAPPORTO PARENTELA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



9) Altri stati, fatti o qualità personali: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 10)  Di non aver prestato servizio militare  
 Di aver prestato servizio militare nell'Esercito/Marina/Aeronautica/altro  
Presso il Distretto Militare di \_\_\_\_\_ per i seguenti periodi:

dal		al	
dal		al	

- 11) Di avere diritto ai benefici di cui all'art.2 della legge 336/70 e successive modificazioni  
quale \_\_\_\_\_  
(orfano di guerra, profugo, etc.)

- 12)  Di non aver prestato servizio part-time  
 Di aver prestato servizio part-time negli anni scolastici

Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	

- 13)  Di essere già titolare di pensione contestuale mantenimento in servizio con rapporto  
Di lavoro a tempo parziale (D.M. 29/07/97 nr. 331) a decorrere dal \_\_\_\_\_



*Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca*  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia*  
*Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo*



Pag. 3 (ALLEGATO 2)

Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	
Dal		Al		ore	

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ è consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e delle leggi speciali in materia (artt. 75-76 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)



**Allegato n. 3**

**DICHIARAZIONE CIRCA LA POSIZIONE DEBITORIA**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

Ai fini della liquidazione del trattamento di quiescenza a me spettante in qualità di

\_\_\_\_\_

- Dichiara  di non avere debiti verso lo Stato o altri Enti
- Di avere debiti per le causali e gli importi a fianco degli Enti creditori

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data )

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

Importo del Debito

Numero delle rate

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Verso lo Stato**

- Per contributo riscatto
- Per assegni di attività



Pag. 2 ( Allegato n. 3)

Percepiti in più: \_\_\_\_\_

Verso l'I.N.A.

Per Assicurazioni: \_\_\_\_\_

Verso l'E.N.P.A.S.

Per cessioni di stipendio cess. del V

Per recupero eventuali  
somme percepite in più \_\_\_\_\_

per recupero O.P. Legge 87/94 \_\_\_\_\_

**Verso Istituti di credito :**

per cessioni o prestiti vari \_\_\_\_\_

per quote pensione da rifondere \_\_\_\_\_

**Verso altri eventuali Enti**





IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Allegato n. 7

**DICHIARAZIONE DEI SERVIZI**

I sottoscritt

nat a Prov. il

Cod. Fisc. in servizio presso

Classe Concorso o Profilo

tel scuola e mail

Qualifica

*(specificare se trattasi di personale ex dipendente dagli Enti Locali-immessi in ruolo dall'1.1.2000 ex L.124/99)*

Residente a CAP Prov.:

Domiciliato a CAP Prov.:

Via N° Tel

e mail

Ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento di cui all' art. 1, comma 5, del DPR. 28/4/98 N. 351, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti servizi e periodi, per i quali non gode di altro trattamento pensionistico:

**SERVIZIO DI RUOLO**  
(dalla dec. economica)

dai al

Anni	Mesi	Giorni

**SERVIZIO NON DI RUOLO**

con ritenute in Conto entrate Tesoro

dal al


Comune CPDEL

dal al

--	--	--

Via San Lorenzo n. 312/g - 90146 Palermo

Indirizzo di PEC: usppa@postacert.istruzione.it -- E-mail: usppa@istruzione.it

Sito web: <http://www.pa.usr.sicilia.it>

Tel. 091 6723011 - C.F. 80012100824



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia**  
**Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo**



Servizio computabile e/o riscattabile

**DPR 1092/73**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ > 

--	--	--

Servizio ricongiungibile

**Legge n. 29/79 e legge n. 45/90**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ > 

--	--	--

Regolamento C.E. 1606/98

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ > 

--	--	--

Maternità Decreto Legislativo 151/01

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ > 

--	--	--

**SERVIZIO MILITARE**  
**STUDI UNIVERSITARI**  
**SUPERVALUTAZIONI**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ > 

--	--	--

TOTALE A


**Eventuali interruzioni servizio da detrarre**

TOTALE B


La presente dichiarazione è redatta ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge 4 gennaio 1968, n. 15, come modificata dall'art. 3, comma 2, della legge 15 maggio 1997, n. 127 e il sottoscritto/a è a conoscenza che, per la valutazione dei servizi o periodi suindicati, è necessaria la presentazione di apposita domanda ai sensi dell'art. 147 del D.P.R. 1092/73 e successive modificazioni e/o integrazioni per il computo con o senza riscatto e, ai sensi delle leggi 523/54, 44/73, 29/79 e 45/90, per la ricongiunzione.

**ISTANZE PRODOTTE AI FINI PREVIDENZIALI E PENSIONISTICI**

Computo e riscatto	Prot. n°	del
Ricongiunzione L.29/79	Prot. n°	del
Ricongiunzione L. 523/74	Prot. n°	del
Riscatto B. Enpas	Prot. n°	del
Delibera Enpas	N°	del
Accr. Maternità D.L. vo 151/01	Prot. N°	del

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiarazioni della Scuola

(TimbroScuola)
----------------

Il/La Sig. \_\_\_\_\_

- **NON ha fruito /ha fruito (\*)** dei seguenti periodi a riduzione dello stipendio:

dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza
dal	al	percentuale retribuzione	natura assenza

- **NON ha fruito /ha fruito (\*)** dei seguenti periodi con privazione dello stipendio – per il personale in regime TFR occorre elencare anche i giorni di sciopero:

dal	al	natura assenza

- **HA/NON HA (\*) optato per il T.F.R. e aderito al Fondo Espero** (in caso affermativo, allegare copia del modello di adesione)- **HA/NON HA PERCEPITO TFR** per i servizi non di ruolo prestati dopo il 01/09/2000.- **HA/NON HA (\*) fruito dei seguenti congedi retribuiti per assistenza a familiari con handicap, ai sensi dell'art.42 comma 5 del D.L.vo 26 marzo 2001 n. 151 e successive disposizioni** (periodi utili per la pensione ma non per il TFS – per la casistica si richiama la circolare ministeriale n. 8270 del 16.6.2009, pubblicata nelle news di intranet di giugno 2009):

dal	al		dal	al
dal	al		dal	al

- **PER IL PERSONALE A.T.A.: HA/NON ha fruito del compenso per valorizzazione professionale ex art. 7 CCNL 7.12.2005 ed allegare Decreto:**

dal	al	€.	mensili;
dal	al	€.	mensili;

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
\_\_\_\_\_



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia  
Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo



Allegato n. 18

ALL'INPS/INPDAP - SETTORE  
BUONUSCITE  
PALERMO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nat. a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
in pensione dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

a codesto Ente la liquidazione della buonuscita.

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia  
Ufficio I - Ambito Territoriale per la provincia di Palermo



Allegato n. 20

ISTITUZIONE SCOLASTICA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Cessato dal servizio a decorrere dal \_\_\_\_\_

Pagamento riscatto buonuscita ( pos. \_\_\_\_\_ Delibera \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ )

Debito originario \_\_\_\_\_

Data iniziale della trattenuta \_\_\_\_\_

Data di cessazione della trattenuta \_\_\_\_\_

Numero della rate trattenute \_\_\_\_\_

Importo contributo complessivo versato € \_\_\_\_\_

Residuo debito \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

X

**Richiesta di pagamento della pensione presso banca - 1/2**

Il presente modulo deve essere scansionato e trasmesso tramite il sito [www.inps.it](http://www.inps.it), seguendo il percorso: Tutti i servizi > Variazione dell'ufficio pagatore per prestazioni pensionistiche. I titolari di più pensioni devono presentare un'unica domanda in quanto le nuove modalità riguarderanno il pagamento di tutte le pensioni.

ALL'UFFICIO INPS DI

Io sottoscritto/a

COGNOME  NOME   
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA   
 A  PROV.  STATO   
 RESIDENTE IN  PROV.  STATO   
 INDIRIZZO  CAP   
 TELEFONO\*  CELLULARE\*   
 INDIRIZZO E-MAIL\*

Titolare di:

PENSIONE N.	CATEGORIA	PENSIONE N.	CATEGORIA

Chiedo che l'importo delle mie pensioni sia corrisposto presso:

BANCA  AGENZIA N.   
 INDIRIZZO   
 CAP  CITTA'   
 CODICE ABI  CODICE CAB  (I codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca)



**Richiesta di pagamento della pensione presso banca - 2/2**

Chiedo il pagamento: *(Barrare la casella corrispondente)*

**ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su carta prepagata, la Banca deve compilare la parte sottostante.

**SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO**

**CODICE IBAN**  (composto da 27 caratteri)  
**CODICE BIC**  (indicare i codici IBAN e BIC solo se utilizzati)

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca

**SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO**

**CODICE IBAN**  (composto da 27 caratteri)  
**CODICE BIC**

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca

**SU CARTA PREPAGATA N.** \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN**  (composto da 27 caratteri)

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca

**Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:**

**CODICE FISCALE**

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 (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciro Il Grande, 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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda di servizio e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.



## Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 1/3

Il presente modulo deve essere scansionato e trasmesso tramite il sito [www.inps.it](http://www.inps.it), seguendo il percorso: Tutti i servizi > Variazione dell'ufficio pagatore per prestazioni pensionistiche. I titolari di più pensioni devono presentare un'unica domanda in quanto le nuove modalità riguarderanno il pagamento di tutte le pensioni.

ALL'UFFICIO INPS DI \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a

COGNOME  NOME   
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA   
 A   PROV.   STATO   
 RESIDENTE IN   PROV.   STATO   
 INDIRIZZO   CAP   
 TELEFONO\*   CELLULARE\*   
 INDIRIZZO E-MAIL\*

Titolare di:

PENSIONE N.	CATEGORIA	PENSIONE N.	CATEGORIA

Chiedo che l'importo delle mie pensioni sia corrisposto presso:

UFFICIO POSTALE DI   N.   
 INDIRIZZO   
 CAP   CITTA   
*(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)*  
 CODICE ABI   CODICE CAB/ FRAZIONARIO

\* Dati facoltativi



## Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 2/3

Chiedo il pagamento: *(Barrare la casella corrispondente)*

**ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

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

**SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO**

**CODICE IBAN**  (composto da 27 caratteri)

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro dell'ufficio postale

**SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO**

**CODICE IBAN**  (composto da 27 caratteri)  
**CODICE BIC**

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro dell'ufficio postale

**SU CARTA PREPAGATA N. \_\_\_\_\_**

**CODICE IBAN**  (composto da 27 caratteri)

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro dell'ufficio postale

**SU INPS CARD, A ME INTESTATA**

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

**CODICE IBAN**  (composto da 27 caratteri)  
**CODICE BIC**

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro dell'ufficio postale

**Dichiaro** che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:

**CODICE FISCALE**

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 (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## **Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 3/3**

### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire la domanda di servizio e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.