



All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

Sede di _____

timbro a data
(riservato INPS)

Patronato	
descrizione	cod.

domanda di pensione
numero e data

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PROSECUZIONE VOLONTARIA (●)

Il/la sottoscritto/a

cognome		nome		cognome acquisito	
secco	comune di nascita	prov.	data di nascita (gg/mm/aaaa)	codice fiscale	
indirizzo di residenza			comune di residenza		prov. CAP
telefono (con prefisso)		indirizzo e-mail			

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

chiede di essere autorizzato/a a proseguire, mediante versamenti volontari, l'assicurazione per l'invalidità, la vecchiaia, i superstiti, nella gestione:

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> FPLD (lav. dipendenti) | <input type="checkbox"/> Artigiani | <input type="checkbox"/> Commercianti | <input type="checkbox"/> CD/CM | <input type="checkbox"/> Gestione separata parasubordinati |
| <input type="checkbox"/> Evidenzia contabile separata | <input type="checkbox"/> Elettrici | <input type="checkbox"/> Telefonici | <input type="checkbox"/> Autoferrotramv. | <input type="checkbox"/> ex INPDAI |
| <input type="checkbox"/> Fondo speciale | <input type="checkbox"/> Volo | <input type="checkbox"/> Ferrovieri | | |

A tal fine dichiara:

- di aver cessato l'attività lavorativa il _____ gg/mm/aaaa
- di essere già stato autorizzato/a ai versamenti volontari prima del 1° luglio 1972
- che in suo favore sono stati versati o accreditati contributi (barrare le caselle relative) presso altri Enti previdenziali:
 ENPALS altri Enti italiani Enti esteri
- di poter far valere uno o più periodi relativi agli eventi sotto indicati (barrare le caselle relative) , per i quali allega certificazione o dichiarazione sostitutiva e richiede l'accredito figurativo:
 servizio militare malattia maternità aspettative sindacali
- di poter far valere uno o più periodi accreditabili figurativamente (barrare le caselle relative) , non presenti in estratto conto:
 integrazione salariale disoccupazione/mobilità malattia tubercolare

Dichiara inoltre:

(la compilazione dei seguenti campi è **obbligatoria** - barrare l'ipotesi che ricorre)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | di prestare attualmente attività lavorativa alle dipendenze di terzi con iscrizione all'assicurazione obbligatoria o nei Fondi speciali INPS |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | di essere attualmente iscritto/a negli elenchi nominativi dei lavoratori agricoli |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | di essere attualmente iscritto/a nelle gestioni speciali coltivatori diretti/mezzadri, artigiani, commercianti, nella gestione separata ex art.2, c. 26, legge 355/95 |
| SI | NO | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | di essere attualmente iscritto/a ad un'altra forma di previdenza (Amministrazioni statali, Enti locali, liberi professionisti) |

_____ data (gg/mm/aaaa)

_____ firma del/della richiedente

(●) L'autorizzazione alla prosecuzione volontaria consente di effettuare il versamento anche per i periodi non coperti di contribuzione, collocati nei sei mesi antecedenti la domanda.

EnteModel STUDIO 74 - www.studio74.it