

DOMANDA DI PENSIONE INDIRETTA IN TOTALIZZAZIONE

Art. 42, comma 2, Regolamento Unico della Previdenza Forense

IL / LA Sottoscritto/a _____

CHIEDE la concessione della prestazione sopra indicata, in qualità di:

VEDOVO/A da matrimonio VEDOVO/A da unione civile

CONGIUGE separato (*allegare copia sentenza*)

EX CONIUGE (*allegare copia sentenza passata in giudicato*)

SCIOLTO/A DALL'UNIONE (*allegare copia atto di scioglimento*)

RENDE, ai sensi del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di falsa attestazione, le seguenti dichiarazioni:

A) Essere nato/a.....Prov. |_|_|, il |_|_|/ |_|_| / |_|_|_|_|

B) Avere residenza in Via..... n. civico

Città Prov. |_|_|, C.A.P|_|_|_|_|, tel. cellulare.....

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- C) di aver contratto matrimonio in data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|
 di essersi unito/a civilmente in data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

D) **Non esiste** altro coniuge superstite / unito-a civilmente / coniuge separato / ex coniuge / sciolto-a dall'unione

- Esiste** altro coniuge superstite unito-a civilmente coniuge separato
 ex coniuge sciolto-a dall'unione

E) Che l'avv. _____

Meccanografico |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nato/a a _____ Prov. _____ il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

è deceduto il |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|_|

F) Che alla data del decesso erano a carico del professionista i seguenti figli minori

NOME	COGNOME	LUOGO E DATA di NASCITA	CODICE FISCALE
------	---------	-------------------------	----------------

1. _____
2. _____
3. _____

N.B. Nel caso di figli maggiorenni studenti o figli maggiorenni inabili compilare l'apposita modulistica

RICHIESTA DETRAZIONI

SI (Compilare il modulo allegato)

NO

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA** di aver preso visione dell'Informativa al trattamento dei Suoi dati personali (e/o per eventuali familiari riportati in domanda) visitando il sito www.cassaforense.it, sezione La Cassa / Privacy Policy.

SOTTOSCRIVE, ai sensi del D. Lgs. 196/03, la dichiarazione di consenso informato per il trattamento dei dati riportati per le finalità connesse all'erogazione delle prestazioni richieste.

Data/...../.....

Firma.....

Allega:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido**, purché munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato (obbligatorio).
- Autocertificazione relativa all'applicazione delle detrazioni d'imposta se richieste**
- Sentenza di separazione, divorzio, scioglimento dall'unione**