

## Richiesta di PENSIONE INDIRECTA

Il/la sottoscritto/a

NOME:

COGNOME:

CODICE FISCALE:  DATA DI NASCITA:

COMUNE DI NASCITA:  PROVINCIA:

DOMICILIATO IN VIA:

CITTÀ:  CAP:  PROVINCIA:

RECAPITO TELEFONICO:  PEC:

### CHIEDE

di fruire della pensione indiretta prevista dall'art. 16 del regolamento dell'Ente di Previdenza ed Assistenza Pluricategoriale.

Il/La sottoscritto/a chiede che le mensilità di pensione e gli eventuali arretrati siano accreditati sul c/c bancario (o postale), intestato (o cointestato) all'interessato/a con il seguente codice IBAN:

IBAN (27 caratteri):

### DICHIARA

- a) che in data  è deceduto/a a   
il /la Dott./Dott.<sup>ssa</sup>   
nato/a a  Prov. , il
- b) di essere:  coniuge dal ;  coniugato separato;  coniugato divorziato;  
 tutore del/della ;  
 figlio inabile;  figlio maggiorenne studente;
- c) che esiste:  coniuge superstite;  coniuge separato;  coniuge divorziato;  
 figlio/i legittimo/i;  figlio/o naturale/i;
- d) che al momento del decesso erano a carico del/della dott./dott.<sup>ssa</sup> i seguenti figli

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Ciascun figlio maggiorenne deve sottoscrivere le dichiarazioni contenute nel modulo predisposto dall'EPAP (mod/quota)**

- e) che:  non è stata /  è stata<sup>(1)</sup> pronunciata sentenza di separazione tra i coniugi
- f) che:  non è stato /  è stato pronunciato lo scioglimento dal matrimonio o la cessazione, per qualsiasi causa, dei suoi effetti civili
- g) che:  il coniuge non ha contratto nuove nozze
- h) che il/la *de cuius*  non godeva di altri trattamenti di pensione  
 godeva di pensione della seguente natura<sup>(2)</sup>   
con decorrenza dal  a carico di<sup>(3)</sup>

1. allegare copia sentenza di separazione  
2. pensione di vecchiaia, di anzianità, di inabilità, di invalidità, reversibilità, etc.  
3. indicare anche le eventuali prestazioni erogate dall'EPAP

**Il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000) e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000)**

Allega ai fini dell'identificazione personale una fotocopia di:

tipo documento  numero  data di rilascio  e di scadenza

### **LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO**

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

---

#### **Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679)**

Io sottoscritto/a

dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy su come EPAP gestisce i dati in conformità al Regolamento UE 2016/679 pubblicata all'interno della sezione "Privacy" sul sito [www.epap.it](http://www.epap.it).

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente (consenso esplicito)