

Richiesta per QUOTA DI PENSIONE per figli maggiorenni studenti

Il/la sottoscritto/a

CODICE FISCALE: DATA DI NASCITA:

COMUNE DI NASCITA:

DOMICILIATO IN VIA:

CITTÀ: CAP: PROVINCIA:

RECAPITO TELEFONICO: PEC:

Figlio/a del dott./dott.^{ssa}

CHIEDE

di fruire della quota di pensione, ai sensi dell'art. 16 del Regolamento dell'Ente di Previdenza e 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 sulle seguenti coordinate IBAN:

IBAN (27 caratteri):

DICHIARA

- che dalla data del decesso del professionista ad oggi ha frequentato i seguenti corsi di studi (di cui allega i certificati per ciascuno di essi):

Anno Scol./Acc.	Istituto/Università	Classe/Anno
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

- che al momento del decesso del professionista era a carico dello stesso e non prestava attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato;
- che il proprio reddito alla data del decesso del genitore era di €
- di non prestare attualmente attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato;
- Il/la sottoscritto/a **si impegna** nei confronti di codesto Ente: a trasmettere, entro il 15 novembre di ogni anno, il certificato di studi rilasciato dall'Università o dall'Istituto superiore equiparato dal quale dovrà risultare l'anno di immatricolazione e la durata legale del corso di laurea o titolo equiparabile.
- a comunicare, immediatamente, l'eventuale inizio di un'attività lavorativa retribuita a tempo indeterminato;
- a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione dovesse intervenire, essendo a conoscenza che la mancata segnalazione delle situazioni sopra indicate, comporterà la decadenza dai benefici conseguiti.

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)

Allega ai fini dell'identificazione personale la fotocopia di:

tipo documento numero data di rilascio e di scadenza

LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del dichiarante

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.

luogo e data

Firma del dichiarante (consenso esplicito)