ALDAI ASSOCIAZIONE LOMBARDA DIRIGENTI AZIENDE INDUSTRIALI

Servizio Sindacale

CHECK PREVIDENZIALE

Dati anagrafici e di contatto:

Nome e Cognome:_____ Data di nascita:_____

Sesso **M** **F**

Telefono _____

e-mail: _____@_____

Codice fiscale: _____

Situazione attuale:

a) In servizio **SI** **NO**

b) cessato il _____

c) Naspi (disoccupazione) dal _____

VERIFICA IMPORTO PENSIONE
(non occorre compilare le sezioni sottostanti) ☐

VERIFICA ANZIANITA' CONTRIBUTIVA AI FINI DELLA MATURAZIONE DEL DIRITTO A PENSIONE
(compilare sezioni sottostanti) ☐

RICHIESTE SPECIFICHE:

_____

_____

Servizio militare civile

Se il servizio militare non è presente sull'estratto contributivo, indicare il periodo:

dal _____al _____

Maternità (obbligatoria, facoltativa, congedo parentale) **SI** **NO**

Maternità fuori dal rapporto di lavoro **SI** **NO**

Data di nascita figli:
1) _____
2)_____
3)_____

Laurea: SI NO

se sì indicare la materia _____

Anni di corso legale: _____

Mese ed anno di immatricolazione*: _____
*salvo diverse indicazioni l'iscrizione decorre dal 1° Novembre di ogni anno

Data di conseguimento laurea: _____

Riscatto laurea SI NO

Se sì, che tipo TRADIZIONALE AGEVOLATO

Lavoro all'estero SI NO

In quale Stato? _____

1) periodo: dal_____al _____
2) periodo: dal _____ al _____

Vi sono periodi di lavoro dipendente per i quali non sono stati versati contributi? SI NO

Periodo: dal _____ al _____

Motivo: _____

Ha effettuato collaborazioni coordinate e continuative ante 1996? SI NO
Periodo: dal _____ al _____

Vi sono attività diverse dal lavoro dipendente per i quali non sono stati versati contributi? SI NO
Quali? _____
Periodo: dal _____ al _____

Riconoscimento invalidità Civile da Commissioni ASL: SI NO
Se «SI», percentuale _____%
Periodo: dal _____ al _____

Riconoscimento pensione di invalidità: SI NO

Coniuge, parenti e/o affini entro il 1° conviventi (padre, madre, figli, suoceri), invalidi minimo al 74%:

Eventuale autorizzazione versamenti volontari: SI NO
Se «SI», data _____

Eventuale iscrizione in:

- Altri enti previdenziali pubblici (Inpdap/Enpals/Ipost/ecc.) **SI** **NO**
  Se «SI», quali? _____
  Periodo: dal _____ al _____
- Casse liberi professionisti (ingegneri-geometri-architetti commercialisti ecc.) **SI** **NO**
  Se «SI», quali? _____
  Periodo: dal _____ al _____

Eventuali domande di ricongiunzione già presentate (non definite): **SI** **NO**

Altre informazioni utili_____

Importante: se in possesso di estratto conto certificativo* Inps, allegarlo.

**Si tratta di un documento diverso da un normale estratto conto che certifica l'esatta entità della contribuzione in base all'art. 54 L. 88/89.*

Si rilascia ad ALDAI il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE n. 2016/679 e il D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Lì _____, data _____Firma _____