



**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/Ipst/ecc.)

Se «SI», quali? \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

SI

NO

- Casse liberi professionisti (ingegneri-geometri-architetti commercialisti ecc.)

Se «SI», quali? \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

SI

NO

**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 \_\_\_\_\_