

# CHECK UP PREVIDENZIALE

## Dati anagrafici e di contatto

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ SESSO  M  F

TELEFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

## Situazione previdenziale attuale

In servizio

Cessato il \_\_\_\_\_

NASPI dal \_\_\_\_\_

## Contribuzione figurativa per servizio militare/maternità NON presente in estratto

S  N

SERVIZIO MILITARE periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

MATERNITÀ (obbligatoria, facoltativa, congedo parentale)

MATERNITÀ fuori dal rapporto di lavoro

Data nascita figli 1 \_\_\_\_\_, 2 \_\_\_\_\_, 3 \_\_\_\_\_, 4 \_\_\_\_\_,

## Contribuzione figurativa per laurea

S  N

Corso di laurea \_\_\_\_\_ Anni di corso legale \_\_\_\_\_

Data immatricolazione (\*) \_\_\_\_\_ Data Laurea \_\_\_\_\_

(\*) di norma l'iscrizione decorre dal 1° novembre di ciascun anno

## Lavoro estero NON coperto da contribuzione in Italia

S  N

Stato estero \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Stato estero \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Vi sono periodi di lavoro dipendente per i quali non sono stati versati contributi?**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

**Ha effettuato collaborazioni coordinate e continuative ante 1996?**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Vi sono attività diverse dal lavoro dipendente non coperte da contribuzione?**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Riconoscimento invalidità Civile da Commissioni ASL?**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Percentuale riconosciuta \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Ha in corso richiesta dell'assegno di invalidità INPS ex Legge 222/1984?**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Data richiesta \_\_\_\_\_

**Ha coniuge, parenti e/o affini entro il 1° grado conviventi invalidi oltre il 74%? (\*)**

(\*) sono parenti o affini di 1° grado coniuge, figli, genitori e suoceri

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

**È autorizzato ai versamenti volontari?**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Data richiesta \_\_\_\_\_

**Eventuale iscrizione in altri enti previdenziali pubblici (INPDAP/ENPALS/IPOST/ecc.)**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Ente \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Eventuale iscrizione in Casse liberi professionisti (ingegneri, architetti, commercialisti ecc.)**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Cassa \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**Eventuali domande di ricongiunzione già presentate (non definite)**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

**Ha parenti e/o affini di 3° grado iscritti alla Gestione Commercianti o Artigiani?**

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

**Altre informazioni utili** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Si rilascia 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".*

**Importante:** allegare, se in possesso, Estratto Conto Certificativo INPS (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).