

UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane
Sede

DICHIARAZIONE AI FINI EROGABILITA' DELLA PENSIONE DI INABILITA'
di cui all'art. 2 comma 12 della L. 335/1995

___/___ sottoscritt _____,

nat__ a _____ (_____) il ___/___/_____, in servizio

presso questo Policlinico in qualità di _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

che dal ___/___/_____ data di decorrenza della PENSIONE DI INABILITA':

- SI NO percepisce compensi per attività lavorativa subordinata o autonoma (*);
- SI NO percepisce trattamenti a carico dell'assicurazione generale obbligatoria contro la disoccupazione (*);
- SI NO percepisce ogni altro trattamento sostitutivo ed integrativo della retribuzione (*);
- SI NO è iscritta negli elenchi anagrafici dei lavoratori agricoli (*);
- SI NO è iscritta negli elenchi anagrafici dei lavoratori autonomi (*);
- SI NO è iscritta in albi professionali (se è sì indicare quale _____)(*)

___I___ sottoscritt___ si impegna a comunicare direttamente all'INPS Gestione Dipendenti Pubblici qualsiasi variazione in merito.

Distinti saluti.

Data _____

Il richiedente

N.B. L'informativa al personale sul trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, è disponibile all'interno della sezione privacy della rete intranet aziendale.

(*) barrare le ipotesi che interessano