



Servizio Sindacale

CHECK PREVIDENZIALE

Dati anagrafici e di contatto:

Nome e Cognome: _____ Data di nascita: _____

Sesso

M

F

Telefono _____

e-mail: _____@_____

Codice fiscale: _____

Codice Pin Inps _____

**Si prega di verificarne la correttezza e di non procedere alla modifica prima che l'analisi previdenziale venga ultimata.*

Situazione attuale:

SI

NO

a) In servizio

b) cessato il _____

c) Naspi (disoccupazione) dal _____

VERIFICA IMPORTO PENSIONE

(non occorre compilare le sezioni sottostanti)

VERIFICA ANZIANITÀ CONTRIBUTIVA AI FINI DELLA MATURAZIONE DEL DIRITTO A PENSIONE

(compila sezioni sottostanti)

RICHIESTE SPECIFICHE: _____

Servizio militare civile

contributivo, indicare il periodo:

dal _____ al _____

Se il servizio militare non è presente sull'estratto

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

Durata del corso legale: _____ Data di prima immatricolazione: _____

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 _____

Ha presentato domanda per il riconoscimento dell'assegno di invalidità INPS ex Legge 222/1984 o le è già stata riconosciuta?

SI

NO

Se «SI», data _____

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

SI

NO

Eventuale autorizzazione versamenti volontari?

SI

NO

Se «SI», data _____

Eventuale iscrizione in:

- Altri enti previdenziali pubblici (Inpdap/Enpals/Ipost/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 _____