

Richiesta di **PENSIONE di REVERSIBILITÀ**

Il/la sottoscritto/a

NOME:

COGNOME:

CODICE FISCALE: DATA DI NASCITA:

COMUNE DI NASCITA: PROVINCIA:

DOMICILIATO IN VIA:

CITTÀ: CAP: PROVINCIA:

RECAPITO TELEFONICO: PEC:

CHIEDE

di fruire della pensione di reversibilità prevista dall'art. 16 del regolamento dell'Ente di Previdenza e Assistenza Pluricategoriale.

Il/La sottoscritto/a chiede che le mensilità di pensione e gli eventuali arretrati siano accreditati sul c/c bancario (o postale), intestato (o cointestato) all'interessato/a con il seguente codice IBAN:

IBAN (27 caratteri):

DICHIARA

a) che in data è deceduto/a a
il /la Dott./Dott.^{ssa}
nato/a a Prov. , il

b) di essere: coniuge dal ; coniugato separato; coniugato divorziato;
 tutore del/della ;
 figlio inabile; figlio maggiorenne studente;

c) che esiste: coniuge superstite; coniuge separato; coniuge divorziato;
 figlo/i legittimo/i; figli/o naturale/i;

d) che al momento del decesso erano a carico del/della dott./dott.^{ssa} i seguenti figli

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ciascun figlio maggiorenne deve sottoscrivere le dichiarazioni contenute nel modulo predisposto dall'EPAP (mod/quota)

- e) che: non è stata / è stata⁽¹⁾ pronunciata sentenza di separazione tra i coniugi
- f) che: non è stato / è stato pronunciato lo scioglimento dal matrimonio o la cessazione, per qualsiasi causa, dei suoi effetti civili
- g) che: il coniuge non ha contratto nuove nozze
- h) che il/la *de cuius* non godeva di altri trattamenti di pensione
 godeva di pensione della seguente natura⁽²⁾
con decorrenza dal a carico di⁽³⁾

1. allegare copia sentenza di separazione
2. pensione di vecchiaia, di anzianità, di inabilità, di invalidità, reversibilità, etc.
3. indicare anche le eventuali prestazioni erogate dall'EPAP

Il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000)

Allega ai fini dell'identificazione personale una fotocopia di:

tipo documento numero data di rilascio e di scadenza

LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del richiedente

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679)

Io sottoscritto/a

dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy su come EPAP gestisce i dati in conformità al Regolamento UE 2016/679 pubblicata all'interno della sezione "Privacy" sul sito www.epap.it.

luogo e data

Firma del richiedente (consenso esplicito)