

**DICHIARAZIONE DEI SERVIZI AI FINI DEL TRATTAMENTO DI PENSIONE E BUONUSCITA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
e-mail (obbligatorio) \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento pensionistico di cui all'art. 1 comma 5 del D.P.R.  
28/4/1998, n. 351, *consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi,*  
*così come stabilito dall'art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,*

**DICHIARA**

Essendo in ruolo In qualità di \_\_\_\_\_ (ATA, Docente: Infanzia, primaria, educatore, 1°, 2° grado; Dirigente Scolastico) su classe di concorso \_\_\_\_\_,  
i seguenti servizi e periodi, per i quali non gode di altro trattamento pensionistico:

- a) **servizio di ruolo:** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
  
- b) **servizio militare o equiparato :** . dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
**di aver diritto ai benefici di cui all'art. 2 della legge 336/70 e successive modificazioni quale :** \_\_\_\_\_  
*(orfano di guerra, profugo, ecc...)*
  
- c) **servizio non di ruolo:** I.T.I. – I.A. , supplenze dopo il 1°.1.1988, con ritenute in conto Tesoro/INPDAP:

Scuola/Istituto - sede di servizio	dal	Al	Tipo servizio: I. T .I – I. A. – Supplenza	orario settimanale	Periodi con retribuzione ridotta (maternità, astensione facoltativa, ecc.) o senza retribuzione

Scuola/Istituto - sede di servizio	dal	Al	Tipo servizio: I. T .I – I. A. – Supplenza	orario settimanale	Periodi con retribuzione ridotta (maternità, astensione facoltativa, ecc.) o senza retribuzione

d) **servizi e periodi ammessi a riscatto e/o a computo:**

D.P. n. _____ - computo e/o a riscatto - per	anni _____	mesi _____	giorni _____
--	------------	------------	--------------

e) **periodi ammessi a ricongiunzione:**

D.P. n. _____ - ricongiunzione (art. 2 L. 29/79 – L. 45/90)	anni _____	mesi _____	giorni _____
---	------------	------------	--------------

f) **periodi riscattati o/o ricongiunti con determina I.N.P.S./ I.N.P.D.A.P.**

Determina n. _____ del _____ per	anni _____	mesi _____	giorni _____
----------------------------------	------------	------------	--------------

g) **periodi di maternità (art. 25 comma 2 D.Lgs 151/2001)**

Comunicazione I.N.P.S./ I.N.P.D.A.P. del _____ per	anni _____	mesi _____	giorni _____
--	------------	------------	--------------

**h) Servizi resi alle dipendenze degli Enti Locali, con ritenute ex C.P.D.E.L./I.N.P.D.A.P.:**

<b>Ente e sede di servizio</b>	<b>dal</b>	<b>al</b>

**i) periodi da maggiorare o da supervalutare:**

<b>tipo servizio</b>	<b>Sede</b>	<b>dal</b>	<b>al</b>

**Il/La sottoscritto/a** dichiara, inoltre, che:

- Nei periodi di servizio sopra indicati non si sono verificate **interruzioni e/o riduzioni**.
- Nei periodi di servizio sopra indicati si sono verificate le seguenti interruzioni (aspettative per famiglia, anno sabbatico ecc.....):

<b>anno scolastico</b>	<b>dal</b>	<b>al</b>	<b>motivo</b>	<b>anno scolastico</b>	<b>dal</b>	<b>al</b>	<b>motivo</b>

Nei periodi sotto riportati ha fruito di **CONGEDO STRAORDINARIO per assistenza portatori di handicap** (valido per la quiescenza ma non per TFS/TFR)

<b>anno scolastico</b>	<b>dal</b>	<b>al</b>	<b>anno scolastico</b>	<b>dal</b>	<b>al</b>	<b>anno scolastico</b>	<b>dal</b>	<b>al</b>

Che non ha mai prestato servizio a **TEMPO PARZIALE**.

Che ha prestato servizio a **PART-TIME** nei seguenti anni scolastici, per le ore a fianco indicate:

anno scolastico	ore	anno scolastico	ore	anno scolastico	ore	anno scolastico	ore

### **Trattamento di fine servizio – Buonuscita – Trattamento di Fine Rapporto – Fondo Previdenza Complementare Espero**

Il/la sottoscritto/a DICHIARA:

➤ ai fini dell' **adesione al fondo di Previdenza Complementare "ESPERO"** di:

NON aver aderito al fondo Espero;  AVER aderito al fondo Espero dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).

➤ ai fini **dell'indennità di buonuscita** di aver chiesto e ottenuto di riscattare i periodi non di ruolo e/o studi universitari e, in applicazione della delibera di riscatto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ n. posizione \_\_\_\_\_, di aver:

- pagato il relativo contributo mediante trattenuta mensile di lire/€. \_\_\_\_\_ operata dalla Ragioneria Territoriale dello Stato (ex Direzione Prov. del Tesoro) /dalla Scuola \_\_\_\_\_ sugli stipendi che gli/le sono stati corrisposti dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ovvero
- di aver pagato il contributo di lire/euro \_\_\_\_\_, in unica soluzione, il \_\_\_\_\_

**Pertanto chiede l'accreditamento** dell'importo del trattamento sul proprio conto corrente Banca / Posta \_\_\_\_\_

Paese	CIN EUR.	CIN	ABI	CAB	C/C

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

\_\_\_\_\_

firma

Allegato: fotocopia documento di identità