

19 – Domanda di ricongiunzione dei contributi versati presso altri enti ai sensi della legge n. 29/1979

Domanda di ricongiunzione di periodi assicurativi

- Art. 2 della Legge 7-2-1979, n. 29.
- LEGGE 5-3-90 n. 45

SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE
Domanda presentata il _____
Protocollo N. _____
Ufficio di _____
Firma _____

ALLA DIREZIONE GENERALE E.N.P.A.L.S.
UFFICIO POSIZIONI ASSICURATIVE – Settore Riscatti
Viale Regina Margherita, n. 206

00198 R O M A

____ I ____ sottoscritt _____ nato a _____
il _____ residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Via _____ n. _____ Matricola _____ codice fiscale _____

PER I SUPERSTITI

____ I ____ sottoscritt _____ residente a _____ Prov. _____
C.A.P. _____ Via _____ n. _____ nella sua qualità di
superstiti di _____ nato a _____
il _____

CHIEDE

la ricongiunzione, ai sensi dell'art 2 della Legge 7-2-1979, n. 29, al Fondo pensioni Lavoratori dello Spettacolo gestito dall'E.N.P.A.L.S. di tutti i periodi assicurativi indicati nel quadro A, di cui a tergo, risultanti:

- ☐ nell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti gestita dall'I.N.P.S.;
- ☐ nelle gestioni di previdenza obbligatoria SOSTITUTIVE, ESONERATIVE o ESCLUSIVE dell'assicurazione generale obbligatoria (STATO, CPDEL, INPAI, INPGI, _____);
- ☐ nelle gestioni speciali per i lavoratori autonomi (coltivatori diretti, mezzadri e coloni, artigiani, commercianti).

Il Sig. _____ ha inoltrato domanda di ricongiunzione di periodi assicurativi ai sensi dell'art. 2 della Legge 7-2-1979, n. 29.

La domanda è stata presentata il _____ e protocollata con il n. _____

Timbro dell'Ufficio

Firma dell'impiegato addetto

segue

QUADRO A

ISTITUTO PREVIDENZIALE	SEDE	INDIRIZZO	NUMERO POSIZIONE ASSICURATIVA	PERIODO	
				dal	al

___ l ___ sottoscritt ___ allega
si riserva
di trasmettere

☐ libretto dei contributi E.N.P.A.L.S. aggiornato alla data
della domanda di ricongiunzione

☐ certificato di iscrizione e cancellazione negli elenchi dei:

- ☐ coltivatori diretti
- ☐ mezzadri e coloni (*)
- ☐ artigiani
- ☐ commercianti
- ☐ certificato dello stato di servizio.

.1.... sottoscritt , a conoscenza della circostanza che l' operazione di ricongiunzione non può in alcun caso essere parziale, ma deve interessare **tutti** i periodi assicurativi che il lavoratore può far valere in una o più gestioni previdenziali, dichiara sotto la propria responsabilità, che le risposte alle domande di cui al presente questionario sono conformi al vero.

Dichiara altresì, che i periodi assicurativi oggetto di ricongiunzione non hanno dato luogo a pensione alcuna.

Data _____

Firma _____

=====

(*) Barrare la casella della voce che interessa.