



Domanda di pensione indiretta in cumulo

(L. 24/12/2012 n. 228, art. 1, comma 239, modificato dalla L. 11/12/2016, n. 232)

Il/la sottoscritto/a

codice fiscale

data di nascita

Luogo nascita (comune / provincia)

Residenza anagrafica (comune / frazione / provincia / indirizzo / cap)

telefono

e-mail

cellulare

In qualità di superstite del CdL

cognome e nome

Luogo di nascita, comune e provincia

data di nascita

data decesso

Chiede

la liquidazione della pensione indiretta

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità e consapevole di decadere dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del T.U. approvato con D.P.R. 445/2000), DICHIARA:

a) che il de cuius ha maturato i seguenti periodi contributivi:

Iscrizioni presso l'I.N.P.S.:

dal _____ al _____ (sede I.N.P.S. di _____)
dal _____ al _____ (sede I.N.P.S. di _____)
dal _____ al _____ (sede I.N.P.S. di _____)

Lavoro autonomo con iscrizione nelle gestioni speciali I.N.P.S.:

tipo attività _____ dal _____ al _____ (sede I.N.P.S. di _____)
tipo attività _____ dal _____ al _____ (sede I.N.P.S. di _____)
tipo attività _____ dal _____ al _____ (sede I.N.P.S. di _____)

Lavoro reso con iscrizione a fondi diversi dall'I.N.P.S.:

dal _____ al _____ (fondo pensionistico _____)
dal _____ al _____ (fondo pensionistico _____)
dal _____ al _____ (fondo pensionistico _____)

a) che il de cuius non ha acquisito altri periodi di contribuzione presso altre gestioni previdenziali, oltre quelli sopra indicati;

b) di non essere titolare di altra pensione indiretta in alcuna gestione previdenziale;

Allega, in applicazione dell'art. 38 del T.U. approvato con D.P.R. 445/2000, copia del proprio documento di identità/riconoscimento.

luogo e data

firma del richiedente





Dichiarazione di responsabilità (per coniuge)

Il/La sottoscritto/a

DICHIARA

- ☐ Che gli ulteriori superstiti aventi diritto a pensione sono:
(prendere visione dell'elenco dei superstiti aventi diritto nella nota informativa allegata al presente modulo)

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Rapporto di parentela (1)	Su stato di famiglia (2)

1) indicare con CG: Coniuge, FG figlio/a, PD: padre, MD: madre

2) inserire sì o no a seconda se trattasi di familiare presente nello stato di famiglia alla data di decesso del Consulente del Lavoro ed allegare l'eventuale documentazione, su richiesta, come indicato nella nota informativa (es. certificato di studi)

- ☐ di aver contratto di matrimonio con il predetto Consulente il ____/____/____
- ☐ che tra il dichiarante e il Consulente deceduto **non è stata** pronunciata sentenza di separazione legale
- ☐ che tra il dichiarante e il Consulente deceduto **è stata** pronunciata sentenza di separazione legale
(allegare copia della sentenza di separazione, valida alla data di decesso del coniuge)
- ☐ che tra il dichiarante e il Consulente deceduto **è stata** pronunciata sentenza di divorzio con attribuzione di assegno divorziale
(allegare copia della sentenza di divorzio, valida alla data di decesso del coniuge)
- ☐ di non aver contratto ulteriore matrimonio e di essere consapevole di dover tempestivamente comunicare all'Enpacl, in caso di nuovo matrimonio, la variazione del proprio stato civile
- ☐ che non esiste altro coniuge oltre il richiedente
- ☐ che esiste altro coniuge superstite divorziato oltre il richiedente



Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

che i ratei di pensione siano corrisposti: *(barrare la casella corrispondente alla modalità di pagamento desiderata)*

- ☐ a mezzo assegno circolare non trasferibile da inviare al seguente indirizzo:
(sollevando l'Ente da ogni responsabilità in caso di smarrimento o furto)

via/p.zza

comune

prov.

cap

- ☐ con accredito su conto corrente postale
☐ con accredito su conto corrente bancario

CODICE IBAN

COD. BIC: *(per accrediti internazionali)*

Descrizione banca

si no

ovvero cointestato con

unico intestatario ☐ ☐

località

prov.

indirizzo

cap

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/2003, il sottoscritto/a rende la presente dichiarazione ed è consapevole che, in base all'art. 75 e 76 del T.U. approvato con DPR 445/2000, coloro che rendono dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dagli eventuali benefici conseguiti, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Si impegna, inoltre, a comunicare, entro 30 giorni dall'evento, qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Documentazione da allegare:

a) Copia fotostatica del codice fiscale degli aventi diritto a pensione e di documento di identità (fronte e retro) del richiedente, in corso di validità all'atto della presentazione della domanda;

b) Dichiarazione relativa alle detrazioni (Mod. DTR/Sup), da restituire debitamente compilato, anche in caso di comunicazione negativa.





Dichiarazione di responsabilità (per figli maggiorenni studenti)

Il/la sottoscritto/a,

codice fiscale

data di nascita

luogo di nascita (comune)

provincia

DICHIARA

- di essere ISCRITTO/A (*allegare certificato di frequenza anno in corso*)

per l'anno scolastico _____

Alla Scuola Media Superiore

OVVERO

- di essere ISCRITTO/A (*allegare certificato di frequenza anno in corso*)

al anno di corso della Facoltà di

per l'anno accademico _____

presso l'università degli Studi di

- con l'immatricolazione nell'anno accademico

☐ che al momento del decesso risultava a carico del dante causa

☐ che non presta attività lavorativa

☐ che presta attività lavorativa e percepisce un reddito annuo lordo pari ad € _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/La sottoscritto/a è consapevole che, in base all'art. 75 e 76 del T.U. approvato con DPR 445/2000, coloro che rendono dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dagli eventuali benefici conseguiti, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Si impegna, inoltre, a comunicare, entro 30 giorni dall'evento, qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.

Luogo e data

Firma del dichiarante





Dichiarazione di responsabilità (per figli inabili)

Il/la sottoscritto/a,

codice fiscale

data di nascita

luogo di nascita (comune)

provincia

DICHIARA

- ☐ che è inabile a qualsiasi lavoro (se in possesso allegare documentazione medica attestante l'inabilità assoluta e permanente alla data del decesso del Consulente);
- ☐ che al momento del decesso risultava a carico del genitore _____, ovvero che percepiva un reddito pari ad € _____ annui;
- ☐ che presta attività lavorativa e percepisce un reddito annuo lordo pari ad € _____

Luogo e data

Firma del dichiarante

Parte riservata al tutore/curatore eventualmente nominato

Il/la sottoscritto/a,

codice fiscale

data di nascita

luogo di nascita (comune)

provincia

domicilio fiscale

via/ p.zza

comune

prov.

cap.

tel.

PEC

e-mail

cellulare

DICHIARA

- ☐ di essere stato nominato tutore/curatore del Sig./ra _____ con sentenza del _____ emessa dal Tribunale di _____ (allegare copia della sentenza)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs.n. 196/2003 il sottoscritto/a è consapevole che, in base all'art. 75 e 76 del T.U. approvato con DPR 445/2000, coloro che rendono dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dagli eventuali benefici conseguiti, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.

Si impegna, inoltre, a comunicare, entro 30 giorni dall'evento, qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.

Luogo e data

Firma del dichiarante





DICHIARAZIONE PER DETRAZIONI D'IMPOSTA PER L'ANNO 2024

Il/la sottoscritto/a

codice fiscale

data di nascita

Luogo nascita (comune / provincia)

Residenza anagrafica (comune / frazione / provincia / indirizzo / cap)

telefono

e-mail

cellulare

Richiedente il trattamento pensionistico di

(È necessario COMPILARE il presente modello anche nel caso in cui non si richiedano le detrazioni d'imposta)

DETRAZIONI PER REDDITI DI PENSIONE

SI ☐ NO ☐ **Detrazione per redditi di pensione (art. 13, commi 3 e 4 del TUIR)**

DICHIARA

- di volere che le detrazioni di cui all'art. 12 e 13 del TUIR siano determinate sui propri redditi che ammontano ad € _____, ad esclusione del reddito di pensione erogato dall'ENPACL e dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e relative pertinenze. **(In caso di mancata comunicazione dell'ammontare del reddito complessivo l'ENPACL calcolerà la detrazione sul reddito di pensione erogato nell'anno ovvero in base al reddito derivante dal cumulo delle pensioni comunicate dal Casellario Centrale Pensionati dell'INPS).**

DETRAZIONI PER CARICHI DI FAMIGLIA (art. 12 del TUIR)

- Indicare obbligatoriamente il codice fiscale del coniuge, anche se non a carico
- Indicare obbligatoriamente il codice fiscale dei familiari a carico (tabella a) nonché i relativi dati anagrafici (tabella b).
- La mancata compilazione non darà diritto all'applicazione della relativa detrazione.



**Tabella a)**

						Codice fiscale	N. mesi a carico	Percentuale di detrazione spettante
1	C		Coniuge					
2	F1		Primo figlio	D				
3	F		A		D			
4	F		A		D			
5	F		A		D			
6	F		A		D			

Tabella b)**Dati anagrafici del coniuge**☐ a carico ☐ non a caricoCognome Nome Nato/a il a Prov. **Dati anagrafici figli e altri familiari a carico**Cognome Nome Nato/a il a Prov. Cognome Nome Nato/a il a Prov. Cognome Nome Nato/a il a Prov.

Nota bene: sono considerati a carico i familiari che possiedano un reddito complessivo annuo non superiore a €2.840,51, al lordo degli oneri deducibili.

La detrazione spetta per i figli a carico che non beneficiano dell'assegno unico e universale o portatori di handicap con età superiore ai 21 anni ai sensi della legge 104/1992 (D.Lgs. n. 230/2016 recante attuazione della legge 1° aprile 2021, n. 46). Per i figli di età non superiore a ventiquattro anni il limite di reddito complessivo di cui al primo periodo è elevato a €4.000,00 (Art. 1 c. 252 L. 205/2017).



**Consulenti del Lavoro**

▼ Ente Nazionale Previdenza Assistenza

Sede legale ed amministrativa

Viale del Caravaggio, 78 - 00147 Roma

Codice fiscale 80119170589

www.enpacl.it

info@enpacl.it info@enpacl-pec.it

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi (Art. 75 e 76 del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000),

SI IMPEGNA

a comunicare eventuali variazioni intervenute alla situazione dichiarata esonerando l'ENPACL da ogni responsabilità.

Luogo e data

Firma del dichiarante

