

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

## Modello D/bis

**Al Presidente  
del Consiglio di Amministrazione  
del Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

### ◆ RICHIESTA DI SECONDA ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A										
cognome										
nome										
nat __ il		/		/		codice fiscale				
a										
residente in via										
comune										
provincia		CAP		tel. uff./cell.						
email istituzionale										
email personale										
dipendente dell'Amministrazione Economico-Finanziaria (specificare amministrazione)										
dal		/		/		(data di 1 <sup>a</sup> ammissione in servizio)				
DATI DELL'UFFICIO										
denominazione										
indirizzo										
comune									prov.	
CAP		tel.					fax			
BONIFICO (DATI BANCA/POSTA PER L'ACCREDITO - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)										
banca/posta										
ag. n.		di								
via										
COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)										
			CIN		ABI		CAB		Numero Conto	
I	T									

Autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

**CHIEDE LA SECONDA ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE  
PER IL SEGUENTE MOTIVO \_\_\_\_\_  
E ALLEGA I RELATIVI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI L'EFFETTIVA  
NECESSITA' DELL'ANTICIPAZIONE**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI FINI DELLA RICHIESTA DI SECONDA ANTICIPAZIONE DELL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE

In caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente dichiarazione una fotocopia del documento d'identità.

Il sottoscritto / La sottoscritta :

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Ruolo di appartenenza (Dogane, Entrate, ...) \_\_\_\_\_

Precedenti ruoli di appartenenza \_\_\_\_\_

Ufficio di appartenenza \_\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi, nei casi previsti dalle legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del dpr 445/2000) e consapevole che il fondo effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. 71 e 72 del dpr 445/2000)

### DICHIARA di essere in servizio nell'Amministrazione finanziaria

**N.B.**

**Non indicare il servizio prestato presso altre amministrazioni dello Stato.  
Per il personale ex Monopoli la data di iscrizione al fondo e' dal 01.05.1994.  
Per i dipendenti del Dipartimento Tesoro, Ragioneria e D.A.G. e' dal 01.01.2010.**

Non di ruolo dal       /       /                               al       /       /

Di ruolo dal           /       /                               al       /       /

Data di assunzione delle funzioni (decorrenza economica)       /       /

Part time            % dal       /       /                               al       /       /

                            % dal       /       /                               al       /       /

Aspettativa per motivi di famiglia ed altre assenze non valutate ai fini pensionistici per complessivi  
anni                    mesi                    giorni

Sospensione dal servizio per complessivi  
anni                    mesi                    giorni

**Con la firma del presente modulo il sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a che all'atto della restituzione delle somme percepite il tasso di interesse annuo che sarà applicato dal Fondo di previdenza corrisponderà a quello determinato dal CdA nella seduta del 22.07.2013 (3,5% annuo).**

Firma \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma

/       /