DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITA'

Mod. INA

Il sottoscritto:

Cognome	Nome	Sesso	Stato civile

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice fiscale

Residente in:

Indirizzo	Comune	Prov.	CAP	Tel.

Domiciliato in: (da compilare se diverso dalla residenza)

Indirizzo	Comune	Prov.	CAP	Tel.

Cancellato dal Collegio IPASVI di _____ *dal* _____

Iscritto alla Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza IPASVI dal _____

Numero iscrizione _____

Chiede la liquidazione della pensione di inabilità, ai sensi dell'art. 20 del Regolamento di Previdenza, con decorrenza dal _____, atteso che la capacità all'esercizio della professione risulta esclusa, a causa di malattia o infortunio sopravvenuti all'iscrizione, in modo permanente e totale, così come risulta dall'allegata certificazione medica.

Dichiara che il suo nucleo familiare è così composto: _____

_____

Dichiara che la propria ASL di appartenenza è _____

Dichiara, altresì, di aver prodotto, nei tre anni precedenti la presentazione della domanda, i seguenti redditi imponibili ai fini IRPEF, o esenti da imposta, con esclusione di quelli derivanti dall'esercizio della libera professione:

ANNO		ANNO		ANNO	
REDDITO		REDDITO		REDDITO	

Allega certificato di esistenza in vita.

Il sottoscritto richiede che il pagamento della pensione di inabilità gli sia corrisposto mediante:

☐ accredito sul c/c bancario n. _____, c/o la Banca _____, Ag. n. _____, via _____, città _____, provincia _____, codice ABI _____, codice CAB _____

☐ assegno circolare non trasferibile a lui intestato, da recapitarsi tramite servizio postale alla sua residenza.

Esonera codesta Cassa da ogni responsabilità derivante dallo smarrimento degli assegni o da illecita riscossione degli stessi da parte di terzi.

Data _____ Firma _____

(Allegare copia di un documento di riconoscimento se la domanda non viene presentata direttamente agli uffici (art. 3, c. 11, L. 127/97, e successive modificazioni e integrazioni.)