



Domanda di riscatto del periodo del corso legale di laurea - 1/2

ALLA SEDE DI						
NOME		COGNOME				
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA				
A		PROV.		STATO		
CITTADINANZA						
RESIDENTE IN		PROV.		STATO		
INDIRIZZO					CAP	
TELEFONO			CELLULARE			
INDIRIZZO E-MAIL						

Chiedo il riscatto

Barrare la casella corrispondente

- ☐ del corso legale di laurea in _____
- ☐ del diploma universitario in _____
- ☐ del diploma di specializzazione in _____
- ☐ del dottorato di ricerca in _____

☐ per l'intero periodo ☐ per i sotto elencati periodi:

dal _____ al _____ - dal _____ al _____

dal _____ al _____ - dal _____ al _____

Chiedo il riscatto nel fondo

- | | |
|---|---|
| ☐ Assicurazione generale obbligatoria | ☐ Gestione separata |
| ☐ Gestione artigiani/commercianti | ☐ Gestione lavoratori autonomi in agricoltura |
| ☐ Fondi speciali ecc. | |

A tal fine allego dichiarazione comprovante l'avvenuto conseguimento del diploma di laurea e gli anni accademici in cui si è effettivamente svolto il relativo corso legale, rilasciata dal:

- ☐ Università
- ☐ Politecnico
- ☐ Istituto superiore di Educazione Fisica con sede in _____



Domanda di riscatto del periodo del corso legale di laurea - 2/2

● Informazioni per il riscatto di laurea

posso far valere periodi di contribuzione presso:

- ☐ fondo lavoratori dipendenti
 ☐ gestione separata
 ☐ fondo coltivatori diretti/CM
☐ fondo speciale
 ☐ altro ente italiano/estero

posso far valere periodi accreditabili per i seguenti eventi:

- | | | |
|---|--------------------|----------------------|
| ☐ servizio militare | dal _____ al _____ | |
| ☐ malattia | dal _____ al _____ | - dal _____ al _____ |
| ☐ maternità | dal _____ al _____ | - dal _____ al _____ |
| ☐ disoccupazione | dal _____ al _____ | - dal _____ al _____ |
| | dal _____ al _____ | - dal _____ al _____ |
| ☐ malattia tubercolare | dal _____ al _____ | - dal _____ al _____ |
| ☐ integrazione salariale | dal _____ al _____ | - dal _____ al _____ |
| ☐ aspettativa L. 300 del 1970 | dal _____ al _____ | - dal _____ al _____ |
- ☐ ho in corso una pratica di regolarizzazione contributiva
☐ sono titolare di pensione a carico dell'Inps
☐ ho presentato domanda di pensione a carico dell'Inps

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.