

SCHEDA DEI SERVIZI**ALLEGATO A**

TIMBRO UFFICIO EMITTENTE

AL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILIOOTTO 31 - 00143 ROMA

COGNOME E NOME			
QUALIFICA	LIVELLO		
CODICE FISCALE			
DATA E LUOGO DI NASCITA			
RESIDENTE IN	PROV	CAP	
VIA			
RUOLO DI APPARTENENZA			
UFFICIO DI APPARTENENZA			
INDIRIZZO UFFICIO			
DATA DI CESSAZIONE	MOTIVO		
EVENTUALI SUPERSTITI			

SERVIZIO COMPLESSIVAMENTE PRESTATO ALLE DIPENDENZE DEL MINISTERO DELLE FINANZE

DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI

NON DI RUOLO (ALLEGANDO DECRETI DI RISCATTO O CERTIFICATI DI SERVIZIO)

DAL _____ AL _____ AA____ MM____ GG_____

DI RUOLO DAL _____ AL _____ AA____ MM____ GG_____

**SERVIZI PRESTATI PRIMA DEL 17/5/81 IN PIU' RUOLI DEL MINISTERO DELLE FINANZE
(II.DD.-CATASTO TASSE-CENTRALI-DOGANE-UTIF)**

DAL _____ AL _____ RUOLO _____

SERVIZIO PRESTATO PART-TIME ____% DAL _____ AL _____ AA____ MM____ GG_____

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA E ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI FINI PENSIONISTICI PER COMPLESSIVI ANNI _____ MESI _____ GIORNI _____

IN CASO DI DISPENSA PER MOTIVI DI SALUTE SPECIFICARE SE E' STATO MATERATO IL DIRITTO ALLA PENSIONE : _____

AI SENSI DELL'ARTICOLO 23 DPR 1034/84 INDICARE:

PER IL PERSONALE APPARTENENTE AL RUOLO CATASTO IN SERVIZIO AL 15/08/66 TUTTI GLI ANNI DI SERVIZIO UTILI A PENSIONE _____

PER IL PERSONALE DELLE DOGANE IN SERVIZIO AL 28/10/59 E UTIF IN SERVIZIO AL 04/05/59 GLI ANNI DI SERVIZIO UTILI A PENSIONE PRESTATI NELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO: _____

NOTE _____

LUOGO E DATA,

TIMBRO DELL'UFFICIO E FIRMA DEL FUNZIONARIO

Note per la compilazione della scheda dei servizi ALLEGATO B
(Allegare copia dello stato matricolare, anche se non aggiornato)

1. L'indennità è corrisposta agli iscritti in relazione al numero degli anni di servizio civile di ruolo e non di ruolo prestato dalla data di effettiva immissione in servizio alla data di effettiva cessazione di appartenenza al personale del Ministero delle Finanze, ivi compresi i periodi di assenza valutabili ai fini della pensione.
2. Eventuali debiti verso lo Stato potranno essere recuperati sulle somme da erogare dal Fondo solo in forza di provvedimenti giudiziari notificati al Fondo stesso (sequestro conservativo, pignoramento, ...)
3. Per il personale delle abolite imposte di consumo (ex II.CC.) si raccomanda di trasmettere copia prospetto di liquidazione CONSAP (ex INA.) o INPDAP(ex INADEL) per acquisizione dell'aliquota I.R.P.E.F. da applicare ex L.482/85.
4. Per i deceduti in attività di servizio¹ si raccomanda trasmettere atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dagli eredi ex dpr 445/2000 da cui risulti: che alla morte dell'iscritto non era intervenuta sentenza passata in giudicato di separazione legale per colpa di uno o di entrambi i coniugi; che l'iscritto non ha lasciato testamento; l'esplicita indicazione della composizione del nucleo familiare o, in mancanza, di altri aventi diritto al momento del decesso dell'iscritto, specificando il cognome, il nome, luogo e data di nascita di ciascuno con l'indicazione del rapporto di parentela, la residenza con ultimo domicilio, e il codice fiscale ; che l'iscritto non ha lasciato figli legittimi di eventuali precedenti matrimoni, né figli legittimati, né figli naturali riconosciuti, né figli adottivi, né figli permanentemente inabili al lavoro, né affilati, né discendenti minorenni di figli premorti; se i figli, sia minorenni che maggiorenni, erano fiscalmente a carico dell'iscritto.
5. Si rammenta che il personale che abbia percepito indennità di fine rapporto dai preesistenti fondi di previdenza del Ministero delle Finanze - poi unificati con D.P.R. n° 211/81 - può chiedere la valutazione per intero del periodo di servizio civile prestato nell'Amministrazione finanziaria con domanda da presentarsi a pena di decadenza entro la data di cessazione dal servizio (art. 6 - c. 3° - D.P.R. n°1034/84).
6. Per il personale appartenente al ruolo delle dogane, UTIF e del catasto in servizio rispettivamente alla data del 28.09.59, 4.05.59, 15.08.66, viene applicato l'art. 23 del dpr 1034/1984.

¹ Si riporta il testo dell'art. 8 del regolamento del Fondo (DPR 1034/1984) "In caso di morte dell'iscritto al fondo, avvenuta in attività di servizio, il diritto all'indennità prevista dall'art.4, n. 1), sorge nel momento del decesso e spetta, in ordine di precedenza: 1) al coniuge superstito, quando non esista sentenza, passata in giudicato, di separazione personale addebitata al coniuge superstito medesimo o ad entrambi i coniugi. Qualora l'iscritto deceduto abbia lasciato, oltre al coniuge, figli legittimi (anche se nati da precedenti matrimoni), legittimati, naturali riconosciuti, adottivi, purché a suo carico al momento del suo decesso o permanentemente inabili al lavoro, l'indennità si divide in parti uguali tra il coniuge e ciascuno dei detti figli. Si considerano a carico dell'iscritto deceduto i figli per i quali egli percepiva l'aggiunta di famiglia;

2) ai figli menzionati nel precedente n.1) trovatisi in una delle condizioni ivi indicate, in parti uguali;
 3) ai figli non trovatisi nelle condizioni indicate nel precedente n.1) legittimi, legittimati, naturali riconosciuti, adottivi in parti uguali;
 4) ai genitori, anche se separati legalmente, in parti uguali, o al genitore superstito;
 5) ai fratelli e sorelle permanentemente inabili al lavoro o minorenni, purché non coniugati, in parti uguali;
 6) alle persone o enti designati dall'iscritto con disposizione di ultima volontà;
 7) ai fratelli e sorelle maggiorenni, in parti uguali.

ALLEGATO C

Timbro dell'Ufficio di appartenenza

ATTESTATO

COGNOME E NOME _____

QUALIFICA_____

CODICE FISCALE_____

DATA E LUOGO DI NASCITA_____

RUOLO DI APPARTENENZA_____

UFFICIO DI APPARTENENZA_____

PRECEDENTI RUOLI DI APPARTENENZA_____

ATTUALE SERVIZIO NELL'AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA:

NON DI RUOLO DAL _____ AL _____

DI RUOLO DAL _____ AL _____

DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI_____

PART TIME ____ % DAL ____ AL ____ ; ____ % DAL ____ AL ____

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA ED ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI
FINI PENSIONISTICI, PER COMPLESSIVI ANNI _____, MESI _____, GIORNI _____

DEBITI VERSO LO STATO DA RECUPERARE _____

IL DIRETTORE

**(da allegare alla domanda di anticipazione compilato in ogni sua parte barrando le parti non
compilate)**

ALLEGATO D**(da compilare solo dagli iscritti assunti in servizio prima del 17.05.1981)****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000.**

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

in servizio presso _____

a conoscenza delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali nei casi di dichiarazioni mendaci ai fini ed agli effetti della richiesta di anticipazione dell'indennità di fine rapporto al Fondo di Previdenza per il personale del Ministero delle Finanze

dichiara

1) di avere - di non avere - prestato servizio in qualità di:

- a) impiegato delle abilitate II.CC. dal _____ al _____
- b) impiegato del lotto (ricevitore/aiuto ricevitore) dal _____ al _____
- c) copista ipotecario dal _____ al _____

2) di avere - di non avere - percepito l'indennità di fine rapporto dai preesistenti Fondi di Previdenza del Ministero delle Finanze.

firma

Se la domanda viene presentata direttamente al Fondo, la firma viene autenticata in presenza di un dipendente addetto del Fondo, ai sensi dell'art. 38 del dpr 445/2000. In caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente dichiarazione una fotocopia del documento d'identità di chi firma la dichiarazione.

(da allegare alla domanda di anticipazione)

DOMANDA
spazio sottostante riservato al Fondo di previdenza

ALLEGATO E

**AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
 DI AMMINISTRAZIONE
 DEL FONDO DI PREVIDENZA
 PER IL PERSONALE
 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
 VIA LUIGI ZILIOTTO 31 – 00143 ROMA**

- ◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE:**
 PER PROTESI, ANALISI E VISITE SPECIALISTICHE
 PER MALATTIA

- PER ACQUISTO AUSILI PER HANDICAP DELL'ISCRITTO, DEL FAMILIARE A CARICO E CONVIVENTE
 PER INVALIDITA' DEL FAMILIARE A CARICO E CONVIVENTE

- ◆ **RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE DELL'INDENNITA' DI FINE SERVIZIO:**

PER IL SEGUENTE MOTIVO _____

_____I sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

cod. fisc. _____ residente in _____

prov. _____ c.a.p. _____ indirizzo _____

in servizio presso _____

prov. _____ c.a.p. _____ indirizzo _____

telefono _____ - fax _____

chiede

quanto suindicato, ai sensi del d.p.r. 1034/1984 e secondo i criteri e le modalità deliberati dal Consiglio di Amministrazione di codesto Ente

- per se stesso
 per il proprio familiare _____ convivente e a carico fiscale

si allegano i seguenti documenti:

- attestato di servizio rilasciato dall'Ufficio di appartenenza con l'indicazione della data di I° immissione in servizio
 documentazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica
 dichiarazione sostitutiva di convivenza e di carico fiscale del familiare resa ai sensi del D.P.R. 445/2000
 n. _____ fatture e/o ricevute fiscali quietanzate in originale per un totale di Euro

- prospetto riepilogativo delle fatture.

Per maggiore sicurezza e rapidità nella riscossione è importante chiedere l'accreditamento bancario.

Chiedo che la somma venga accreditata sul mio c/c tratto presso _____ Agenzia n. _____ di _____ in Via _____

e individuato dalle seguenti coordinate bancarie:

ABI _____ CAB _____ C/C _____

Firma _____

Con la firma del presente modulo autorizzo il trattamento dei dati personali, che dovranno essere utilizzati esclusivamente per l'erogazione del beneficio richiesto.

Data _____ firma _____

Avvertenze: scrivere a macchina o in stampatello, compilare in ogni sua parte la richiesta, barrare le caselle che interessano. Le fatture e ricevute fiscali (di importo uguale o superiore a EUR 50,00) devono essere prodotte in originale.

ALLEGATO F

ELENCO FATTURE INSERITE NELLA RICHIESTA DI SOVVENZIONE²

TOTALE IMPORTO FATTURE

² Verificare che l'importo complessivamente erogabile dal Fondo sia uguale o superiore al minimo erogabile di EUR 100,00.

³ Verificare che la data della fattura non sia anteriore al biennio dalla data di presentazione della domanda.

⁴ Descrivere sommariamente la prestazione (protesi, visita specialistica, analisi, tickets, ...).

⁵ Inserire solo fatture di importo uguale o superiore a EUR 50,00.

ALLEGATO G

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI D.P.R. 445/2000.

L'anno _____, addì _____ del mese di _____
1 sottoscritt _____ nat a
_____ il _____ codice fiscale
_____ in servizio presso

a conoscenza delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali nei casi di dichiarazioni mendaci, per dimostrare - **ai fini ed agli effetti della richiesta di una sovvenzione da parte del Fondo di previdenza per il personale del Ministero delle finanze** - che i/il proprio familiari/e (indicare: rapporto di parentela, codice fiscale e dati anagrafici) _____

sono/è conviventi/e e a proprio carico fiscale (senza redditi propri superiori ai limiti di legge)

DICHIARA

che i/il medesimi/o familiari/e **sono/è conviventi/e e a proprio carico fiscale (non hanno/ha posseduto redditi propri superiori ai limiti di legge)**

(firma)

Se la domanda viene presentata direttamente al Fondo, la firma viene autenticata in presenza di un dipendente addetto del Fondo, ai sensi dell'art. 38 del dpr 445/2000. In caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente dichiarazione una fotocopia del documento d'identità di chi firma la dichiarazione.

ALLEGATO H

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI SENSI D.P.R. 445/2000.

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

in servizio presso _____

a conoscenza delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali nei casi di dichiarazioni mendaci ai fini ed agli effetti di una richiesta al Fondo di Previdenza per il personale del Ministero delle Finanze

dichiara

firma

Se la domanda viene presentata direttamente al Fondo, la firma viene autenticata in presenza di un dipendente addetto del Fondo, ai sensi dell'art. 38 del dpr 445/2000. In caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente dichiarazione una fotocopia del documento d'identità di chi firma la dichiarazione.

ALLEGATO I**(domanda per sovvenzione DECESSO)**

spazio sottostante riservato al Fondo di previdenza

**AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
DI AMMINISTRAZIONE DEL FONDO
DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELLE FINANZE
VIA LUIGI ZILIOTTO 31 – 00143 ROMA**

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER DECESSO:

- DELL'ISCRITTO, DEL PENSIONATO, DEL FAMILIARE A CARICO E CONVIVENTE**

1 sottoscritt _____

nat_ a _____ il _____

cod. fisc. _____ residente in _____

prov. _____ c.a.p. _____ indirizzo _____

in servizio presso _____

prov. _____ c.a.p. _____ indirizzo _____

telefono _____ - fax _____

dati deceduto indicare se: 1) Iscritto

2) familiare convivente ed a carico

nome e cognome _____

nat_ a _____ il _____

cod. fisc. _____ residente in _____

prov. _____ c.a.p. _____ indirizzo _____

in servizio presso _____

prov. _____ c.a.p. _____ indirizzo _____

telefono _____ - fax _____

si allegano i seguenti documenti:

- certificato di morte (o dichiarazione sostitutiva);
- attestato di servizio rilasciato dall'Ufficio di appartenenza;
- dichiarazione sostitutiva di convivenza e di carico fiscale del familiare resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 se si tratta di decesso del familiare;
- dichiarazione sostitutiva del coniuge superstite completa di dati anagrafici e codice fiscale da cui risulti che non esiste sentenza di separazione passata in giudicato addebitabile al coniuge superstite stesso;
- (ove non esista coniuge superstite) dichiarazione sostitutiva con indicazione di tutti gli eredi, i loro dati anagrafici e codice fiscale;
- (per il decesso del pensionato) documento comprovante l'appartenenza all'Amministrazione finanziaria e data di pensionamento.

Per maggiore sicurezza e rapidità nella riscossione è importante chiedere l'accreditamento bancario.

Chiedo che la somma venga accreditata sul mio c/c tratto presso _____ Agenzia n. _____ di _____

in Via _____

e individuato dalle seguenti coordinate bancarie:

ABI _____ CAB _____ C/C _____

Firma _____

Con la firma del presente modulo autorizzo il trattamento dei dati personali, che dovranno essere utilizzati esclusivamente per l'erogazione del beneficio richiesto.

Data _____ firma _____

Avvertenze: scrivere a macchina o in stampatello, compilare in ogni sua parte la richiesta, barrare le caselle che interessano.

ALLEGATO L

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000
(autocertificazione dei soggetti portatori di handicap ai sensi dell'art. 39 della legge
23.12.98, n. 448)

L'anno _____, addì _____ del mese di _____

1 sottoscritt _____ nat a
_____ il _____ codice fiscale
_____ in servizio presso

a conoscenza delle sanzioni previste dal C.P. e dalle leggi speciali nei casi di dichiarazioni mendaci, per dimostrare - ai fini ed agli effetti della richiesta di una sovvenzione al Fondo di Previdenza per il personale del Ministero delle Finanze - che il familiare (indicare rapporto di parentela e dati anagrafici) _____

_____ è convivente e a proprio carico fiscale ed è portatore di handicap riconosciuto dalle competenti Commissioni

DICHIARA

che il medesimo familiare è convivente e a proprio carico fiscale ed è **tuttorà** portatore di handicap riconosciuto dalle competenti Commissioni (indicare gli estremi del provvedimento e l'indirizzo dell'ufficio che lo ha rilasciato

_____) nella misura del ____%, e che dall'ultimo certificato non vi sono state ulteriori revisioni.

(firma)

L'autentica della sottoscrizione va effettuata con le modalità di cui all'art. 38, commi 2 e 3 del D.P.R. 28.12.2000 N. 445. Se la dichiarazione viene presentata direttamente al Fondo, la firma deve essere apposta in presenza del dipendente addetto. In caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente dichiarazione una fotocopia del documento d'identità di chi firma la dichiarazione.