

**INPS**Istituto Nazionale  
Previdenza SocialeISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
SEDE DI ROMA-EUR  
VIA CHOPIN, 49 00144 ROMA  
tel. 06/5905-7304, 7447 fax 06/59057471**FONDO DI PREVIDENZA DEL CLERO E DEI MINISTRI DI CULTO  
DELLE CONFESIONI RELIGIOSE DIVERSE DALLA CATTOLICA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
abitante a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_ ) c.a.p. \_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ telefono \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
n° di iscrizione al Fondo \_\_\_\_\_ appartenente alla Diocesi di \_\_\_\_\_  
appartenente alla Confessione \_\_\_\_\_

**CHIEDE LA LIQUIDAZIONE DELLA PENSIONE DI:**

VECCHIAIA

INVALIDITA'

Il sottoscritto chiede che la pensione sia pagata presso:

Ufficio Postale di \_\_\_\_\_ succursale n° \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_Banca \_\_\_\_\_ Agenzia \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
CIN \_\_\_\_\_ Codice ABI \_\_\_\_\_ Codice CAB \_\_\_\_\_ C/C n° \_\_\_\_\_  
(i codici sono rilevabili dal c/c o vanno richiesti alla banca)

data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SCELTA DEL PATRONATO**

Il sottoscritto delega il Patronato \_\_\_\_\_, presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art. 47 del codice civile, a rappresentarlo e assisterlo gratuitamente nei confronti dell'INPS per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda, ai sensi e per gli effetti di cui al decreto C.P.D.S. 29 luglio 1947 n° 804. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Timbro del Patronato \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore del Patronato \_\_\_\_\_

n° pratica \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE CONCERNENTE IL DIRITTO ALLE DETRAZIONI  
SOGGETTIVE DELL'IRPEF**

(artt. 15 e 16 DPR n° 597/73; art. 23 DPR 600/73)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità (indicare SI o NO barrando la relativa casella) di avere diritto a:

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | detrazione d'imposta per i redditi da lavoro dipendente o da pensioni  |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | detrazione per il coniuge fiscalmente a carico, non legalmente ed effettivamente separato                      |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | detrazione, <i>in mancanza del coniuge</i> , per il primo figlio a carico nella misura prevista per il coniuge |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | detrazione per n° ____ figli nella misura <i>NORMALE</i>   |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | detrazione per n° ____ figli nella misura <i>DOPPIA</i>  |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | detrazione per n° ____ altri familiari a carico (art. 433 codice civile)                                       |
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | ulteriore detrazione per redditi da lavoro o da pensioni   |

**RISERVATO AI RESIDENTI ALL'ESTERO:**

- |                             |                             |  |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | chiede la detassazione in Italia della pensione in quanto assoggettata a tassazione sul reddito nella Nazione _____ in cui ha la propria residenza.<br>(allegare la documentazione richiesta dalla legge). |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Il sottoscritto SI IMPEGNA a comunicare tempestivamente ogni variazione che dovesse comportare la perdita del diritto alle detrazioni d'imposta richieste.

data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Le detrazioni soggettive d'imposta spettano una sola volta e quindi, se già attribuite su altro trattamento, NON possono essere richieste anche su questa pensione.

**Documenti da allegare (in carta semplice):**

- 1) stato di famiglia
- 2) fotocopia dei bollettini dei contributi versati nell'ultimo semestre (soltanto per coloro che versano personalmente i contributi).

PENSIONE DI INVALIDITA' – oltre ai documenti sopra indicati, occorrono:

- a) certificato medico redatto sul Modello SS. 3
- b) parere dell'Ordinario diocesano o dell'organo esecutivo della Confessione, in merito alla impossibilità di esercitare il ministero religioso ovvero al carattere usurante del suo esercizio.

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
(Legge n° 15/1968)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni previste dalla legge 15/1968 per chi rilascia dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

- di essere nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_)
  
- di essere cittadino italiano dalla nascita  
*ovvero:* di essere divenuto cittadino italiano dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  
- di essere sempre stato residente in Italia  
*ovvero:* di risiedere in Italia dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ; dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  
- che dalla data di iscrizione al Fondo a tuttoggi ha sempre posseduto la qualifica di sacerdote secolare o di ministro di culto  
*ovvero:* di aver posseduto la suddetta qualifica dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ; dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ; dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  
- di NON essere titolare di alcuna pensione e di NON avere in corso alcuna altra domanda di pensione  
*ovvero:*
  - di ESSERE GIA' TITOLARE delle seguenti pensioni:
    - n° \_\_\_\_\_ a carico di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
    - n° \_\_\_\_\_ a carico di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  - di AVERE IN CORSO di liquidazione un'altra domanda di pensione presentata il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che le risposte fornite sono veritiere, e, SI IMPEGNA A COMUNICARE ALL'INPS tempestivamente, e comunque entro 60 giorni dalla decorrenza, l'importo e gli estremi di eventuale altro trattamento pensionistico che gli venisse in seguito liquidato.

data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'INPS

N° DOMANDA \_\_\_\_\_ COGNOME/NOME \_\_\_\_\_ data nasc. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Pensione categ. CL n° certificato \_\_\_\_\_ S.A.P. 00 02 00

Codice fiscale \_\_\_\_\_ S \_\_\_\_\_ Cognome acquisito \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Indirizzo completo \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

C.A.P. \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

n° EAD75 \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ C. 36 \_\_\_\_\_ Patr. \_\_\_\_\_ Rif. Patr. \_\_\_\_\_ Data Pres. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 VCL \_\_\_\_\_

Doc. \_\_\_\_\_ Lav. \_\_\_\_\_ Fase \_\_\_\_\_ data fase \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al Sanit. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ dal Sanit. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ data esito \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ cod. esito \_\_\_\_\_ stampe \_\_\_\_\_

PENSIONE Sede \_\_\_\_\_ Cert. \_\_\_\_\_ Cat. CL \_\_\_\_\_

SEDE \_\_\_\_\_ Dec. inter. leg. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

05 data nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 09 codici detrazioni \_\_\_\_\_ 14 uff. pagat. \_\_\_\_\_  
 | | | | | | | | | |

15 res. estero \_\_\_\_\_ 16 pagam. estero \_\_\_\_\_ 17 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 1

22 cod. comunicaz. \_\_\_\_\_ 23 decorr. pagamenti \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 24 recuperi su 1° pag. \_\_\_\_\_

30 dec. dir. fondo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 50 causa carico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 1

01 tipo pensione \_\_\_\_\_ 02 natura pensione \_\_\_\_\_ 03 decorrenza pensione \_\_\_\_\_

05 versamenti \_\_\_\_\_ 06 serv. utile \_\_\_\_\_ 09 anni differimento \_\_\_\_\_  
 primo ultimo

10 età perf. requisiti \_\_\_\_\_ 11 attività svolta \_\_\_\_\_

data ____ / ____ / ____	il liquidatore _____	il revisore _____	il Capo Ufficio _____	data acquisizione ____ / ____ / ____
-------------------------	----------------------	-------------------	-----------------------	--------------------------------------