DICHIARAZIONE DEI SERVIZI AI FINI DEL TRATTAMENTO DI PENSIONE E BUONUSCITA

Il/La sottoscritto/a _____nato/a a_____il_____

e-mail NON istituzionale (obbligatorio)_____residente a_____Prov.

_____C.A.P. _____in Via_____ai fini

dell'accertamento del diritto al trattamento pensionistico di cui all'art. 1 comma 5 del D.P.R. 28/4/1998, n. 351, *consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art.76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000,*

DICHIARA

Essendo in ruolo In qualità di_____(ATA, Docente: Infanzia, primaria, educatore, 1°, 2° grado; Dirigente Scolastico) su classe di concorso _____, i seguenti servizi e periodi, per i quali non gode di altro trattamento pensionistico:

a) servizio di ruolo: dal_____al _____

b) servizio militare o equiparato: dal _____ al _____ oppure DISPENSATO /RIFORMATO ☐

c) ☐ **di aver diritto,** ☐ **non aver diritto ai benefici di cui all'art. 2 della legge 336/70 e successive modificazioni quale :**

_____ (orfano di guerra, profugo, ecc...) (allegare attestazione)

d) ☐ **di aver diritto,** ☐ **non aver diritto ai benefici di cui alla legge n. 388/2000 in quanto in possesso di invalidità civile superiore al 74% dal _____o sordomuto (allegare verbale)**

e) ☐ **di aver diritto,** ☐ **non aver diritto alla maggiorazione di servizio prevista dall' art. 673 del D.Lvo 297 del 1994 (servizio all' estero fino al 30/05/2017), dal _____ al _____**

f) ☐ **di aver diritto,** ☐ **non aver diritto alla maggiorazione di servizio prevista dall' art. 30 del D.Lvo 64 del 2017 (servizio all' estero in sedi disagiate dal 31/05/2017), dal _____ al _____**

I**l/La sottoscritto/a** dichiara, inoltre, che:

- ☐ NON ha mai prestato servizio a **TEMPO PARZIALE.**
- ☐ HA prestato servizio a **PART-TIME** nei seguenti anni scolastici, per le ore a fianco indicate:

anno scolastico	ore	anno scolastico	ore	anno scolastico	ore	anno scolastico	ore

- HA fruito di periodi di **CONGEDO STRAORDINARIO per assistenza portatori di handicap** (valido per la quiescenza ma non per TFS/TFR)

anno scolastico	dal	al	anno scolastico	dal	al	anno scolastico	dal	al

- Ha fruito dei seguenti **periodi senza retribuzione** (aspettative per famiglia, anno sabbatico ecc…..):

anno scolastico	dal	al	motivo	anno scolastico	dal	al	motivo

Trattamento di fine servizio – Buonuscita – Trattamento di Fine Rapporto – Fondo Previdenza Complementare Espero

Il/la sottoscritto/a_ _____ DICHIARA:

1. ai fini dell' **adesione al fondo di Previdenza Complementare** "ESPERO" di:

☐ NON aver aderito al fondo Espero ☐ AVER aderito al fondo Espero il ____/____/_____ (gg/mm/aaaa)

2. ai fini **dell'indennità di buonuscita** di aver chiesto e ottenuto di riscattare i periodi non di ruolo e/o studi universitari e in applicazione della delibera di riscatto n._____del_____n. posizione_____, di aver:

- pagato il relativo contributo mediante trattenuta mensile di lire/€._____operata dalla Ragioneria Territoriale dello Stato (ex Direzione Prov.del Tesoro) /dalla Scuola_____sugli stipendi che gli/le sono stati corrisposti dal _____al_____ovvero
- di aver pagato il contributo di lire/euro_____, in unica soluzione, il _____

Pertanto chiede l'accreditamento dell'importo del trattamento sul proprio conto corrente :

☐ Banca

☐ Posta

Coordinate IBAN

Data_____ _____

(firma)