INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

PROTOCOLLO

Mod. I.R. 27
COD. SR80

Liquidazione del trattamento di richiamo alle armi - 1/3

(Legge 10 giugno 1940, n. 653)

Il presente modulo deve essere utilizzato dal lavoratore dipendente di aziende appartenenti ai settori del commercio, delle professioni e arti e dell'agricoltura per chiedere il pagamento del trattamento di richiamo alle armi a carico dell'INPS. Per ottenere la prestazione, oltre a possedere i requisiti di legge, l'interessato deve compilare la domanda in ogni sua parte e consegnarla all'ufficio INPS di zona, inviarla per posta, o presentarla tramite un Ente di patronato che offre assistenza gratuita.

ALL'UFFICIO INPS 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 pagamento del trattamento di richiamo alle armi previsto dalla legge 10 giugno 1940, n. 653.

Dichiaro

- ○ che al momento di richiamo alle armi percepivo una retribuzione lorda mensile complessiva di € _ _ _ _ _ _ _;
- ○ che al momento del richiamo avvenuto il giorno *(gg/mm/aaaa)* _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ , ero occupato con la qualifica di:

  ○ Operaio ○ Impiegato ○ Dirigente presso la Ditta _

  matricola _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Via _ n. _ _ _ _ _

  Città _ Prov. _ _ _ _ _ _

Tipo di contratto:
- ○ tempo indeterminato
- ○ determinato (indicare la data di scadenza) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- ○ stagionale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (indicare il termine previsto della lavorazione)

- ○ che al momento di richiamo alle armi percepivo altri importi relativi a:
  - 13^ mensilità € _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
  - 14^ mensilità € _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
  - Altri importi € _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

* *Dati facoltativi*

INPS

Mod. I.R. 27
COD. SR80

Liquidazione del trattamento di richiamo alle armi - 2/3

(Legge 10 giugno 1940, n. 653)

○ che al momento di richiamo alle armi percepivo l'assegno per il nucleo familiare per i seguenti soggetti:

Progres-sivo	Codice fiscale	Rapporto di parentela con il richiedente	Inabile SI/NO	N° di autorizzazione (se presente)

● **Dichiaro** *(Barrare la casella corrispondente)*

○ di aver già usufruito del trattamento di richiamo alle armi dal (gg/mm/aaaa) _ _ _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ _ _

○ di non aver mai usufruito del trattamento di richiamo alle armi.

● **Chiedo il pagamento** *(Barrare la casella corrispondente)*

○ bonifico domiciliato presso ufficio postale

○ conto corrente bancario o postale - libretto postale - INPS card - carte di pagamento dotate di IBAN

CODICE IBAN

Composto da 27 caratteri

Mi impegno a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione lavorativa sopra indicata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ Firma del richiedente _

● **Documentazione indispensabile per la liquidazione del trattamento (legge 10 giugno 1940, n. 653)**

Documento dell'autorità militare attestante la posizione del richiamato, la relativa decorrenza e il grado militare rivestito. Come previsto dalla legge, il documento ha validità per ogni periodo di 90 giorni, e deve essere rinnovato trimestralmente (mod. I.R.8-bis).

● **Mandato di assistenza e rappresentanza**

Io sottoscritto delego il Patronato _ codice _ _ _ _ _ _ _ _ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps, per la trattazione della presente domanda di indennità una tantum.

Timbro del Patronato e firma dell'operatore _

Data _ _ _ _ _ _ _ _ _ Firma del richiedente _

Liquidazione del trattamento di richiamo alle armi - 3/3

(Legge 10 giugno 1940, n. 653)

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 Ciro il Grande, 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.

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.