


RISERVATO ALL'ENTE

	DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITA'	SEDE COMPARTIMENTALE	ALL'ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA PER I LAVORATORI DELLO SPETTACOLO – DIREZIONE GENERALE VIALE REGINA MARGHERITA, 206 00198 ROMA
		data della domanda _____ Prot. _____	

COGNOME E NOME	COGNOME DEL MARITO	STATO CIVILE	NOME D'ARTE	SESSO	DATA DI NASCITA
----------------	--------------------	--------------	-------------	-------	-----------------

CODICE FISCALE	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA	PROV	COMUNE DI RESIDENZA (ANCHE ESTERO)
----------------	----------------------------------	------	------------------------------------

CODICE POSTALE	PROV	INDIRIZZO (VIA O PIAZZA E NUMERO CIVICO)	TELEFONO	STATO ESTERO DI RESIDENZA
----------------	------	--	----------	---------------------------

CHIEDE LA PENSIONE DI	<input type="checkbox"/> ORDINARIA DI INABILITA'	_____ FIRMA
	<input type="checkbox"/> PRIVILEGIATA DI INABILITA'	
	<input type="checkbox"/> INVALIDITA' SPECIFICA	
	<input type="checkbox"/> INVALIDITA' A CARICO	
DEL SEGUENTE STATO ESTERO CONVENZIONATO _____		

DOMANDA DI ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITA'

Il sottoscritto, anche nell'ipotesi in cui NON VENGA riconosciuto il diritto alla pensione di inabilità, chiede:

- L' ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITA'
 L' ASSEGNO PRIVILEGIATO DI INVALIDITA'

FIRMA

N.B. LA SOTTOSCRIZIONE della presente richiesta è CONDIZIONE ESSENZIALE perché, in subordine, in mancanza dei requisiti per la pensione di inabilità, possa essere concesso l'assegno sussistendo i prescritti requisiti.

RISCOSSIONE DELLA PENSIONE

Il sottoscritto chiede che la pensione sia pagata tramite:

- BANCA

NOMINATIVO DELL'ISTITUTO DI CREDITO	ABI	CAB	INDIRIZZO	N. CONTO CORRENTE
-------------------------------------	-----	-----	-----------	-------------------

- ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE

INDICARE ESATTO INDIRIZZO

- ASSEGNO POSTALE LOCALIZZATO
 (operante dal 1-1-1990)

UFFICIO POSTALE N.

INDIRIZZO

N.B. Nel caso di riscossione con assegno circolare il pensionato solleva l'ENPALS da ogni responsabilità in caso di smarrimento, disguido o sottrazione dell'assegno.

SCELTA DEL PATRONATO

Il sottoscritto delega il Patronato _____ / _____ (indirizzo)
 - presso il quale elegge domicilio - a rappresentarlo ed assisterlo gratuitamente per la trattazione della pratica oggetto della domanda.

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto

DATA _____ FIRMA _____

TIMBRO E CODICE DEL PATRONATO

FIRMA DELL'OPERATORE AUTORIZZATO

DELEGA PER LA RISCOSSIONE DELLE QUOTE SOCIALI

Il sottoscritto autorizza l' E.N.P.AL.S. ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11 agosto 1972, n. 485, a trattenere sui ratei mensili della pensione le quote sindacali nella misura vigente ed a riversarle alla seguente organizzazione sindacale:
 DENOMINAZIONE ED INDIRIZZO

La presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno; la eventuale revoca, esplicitamente formulata, semprechè pervenga entro il 31 ottobre all'E.N.P.A.L.S., non ha effetto fino al 31 dicembre dell'anno in cui è manifestata. Qualora dovesse pervenire oltre il 30 settembre dell'anno in cui è manifestata, non ha effetto fino al 31 dicembre dell'anno successivo.

DATA _____ FIRMA _____

TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE

LA PRESENTE DOMANDA VALE ANCHE COME DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PROSECUZIONE VOLONTARIA

QUESTIONARIO

N.B. NDICARE SI O NO NELL'APPOSITA CASELLA - IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA. FORNIRE NOTIZIE ED ALLEGARE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE

A	Beneficia già di altre pensioni, in Italia o all'estero, o ne ha in corso la liquidazione? <input type="checkbox"/>	DICHIARA:
	ALTRE PENSIONI A carico dell'I.N.P.S.? <input type="checkbox"/> A carico di altro Ente? <input type="checkbox"/>	A. di avere in corso la liquidazione presso l'Ente _____ B. di essere titolare di pensione N. _____ Categ. _____ a carico di _____ decorr. _____ imp. mens _____ ALLEGARE: una dichiarazione dell'Ente erogatore, attestante la natura della pensione, la decorrenza, l'importo con le successive variazioni, l'accredito dei contributivi figurativi per servizio militare ed equiparati, l'erogazione di quote per carico familiare con relativa decorrenza e importo.
B	E' o è stato assicurato presso l'I.N.P.S. <input type="checkbox"/>	• Allega libretto personale I.N.P.S. n. _____ Allega MODD. 01M/SOST, relativi agli anni _____
	Quale lavoratore alle dipendenze di terzi? <input type="checkbox"/>	
	Nelle gestioni artigiani, coltivatori diretti, mezzadri e coloni, esercenti attività commerciali? <input type="checkbox"/>	• E' stato assicurato presso le Sedi INPS di _____
	Ha avuto rapporti di lavoro con Enti o aziende per cui è stato iscritto a trattamenti speciali di previdenza? <input type="checkbox"/> (Amministrazioni statali, aziende ferro-tranviarie, telefoniche, elettriche, del gas, esattoriali, Enti locali, ecc..) <input type="checkbox"/>	• E' stato iscritto al Fondo di previdenza _____ Perché occupato presso _____ dal _____ al _____
ALTRE ASSICURAZIONI	- Ha lavorato all'estero alle dipendenze di imprese straniere? <input type="checkbox"/>	• Dichiaro di aver lavorato nei seguenti stati esteri: _____ dal _____ al _____ _____ dal _____ al _____ Allegare: 1) Documenti comprovanti l'attività svolta all'estero. 2) Certificato di residenza e di cittadinanza, ovvero dichiarazione sostitutiva di certificazione sull'apposito modelli da richiedere agli Uffici dell'Ente.
	Attualmente gli Stati convenzionati sono i Paesi appartenenti alla Comunità Economica Europea, nonché: ARGENTINA, AUSTRALIA, AUSTRIA, BRASILE, CANADA, QUEBEC, CAPOVERDE, JUGOSLAVIA, JERSEY E ALTRE ISOLE DEL CANALE, LIECHTENSTEIN, NORVEGIA, PRINCIPATO DI MONACO, SAN MARINO, STATI UNITI D'AMERICA, SVEZIA, SVIZZERA, TUNISIA, URUGUAY.	
C	- Quando ha iniziato e quando eventualmente ha cessato l'attività lavorativa nel campo dello spettacolo? <input type="checkbox"/>	Data iniziale _____ data finale _____ Allegare: il libretto ENPALS aggiornato
	- Ha lavorato negli ultimi dieci anni? <input type="checkbox"/>	- In mancanza di libretto di iscrizione compilare il Mod. 323/P da richiedere alla locale Sede Compartimentale. Su tale modello deve essere indicata tutta l'attività lavorativa riferentesi al solo DECENNIO precedente la data di presentazione della domanda di pensione.
ATTIVITA' LAVORATIVA	- E' occupato alle dipendenze di terzi? <input type="checkbox"/>	- In caso di risposta negativa indicare la data di cessazione.
	- Ha esercitato la facoltà di opzione per lavoro dopo l'età pensionabile(art. 6 Legge 54/1982)? <input type="checkbox"/>	- Far compilare dal datore di lavoro la dichiarazione nel successivo quadro L
	- Ha esercitato la facoltà di opzione ai sensi della Legge 407/90 (oltre 40 anni di ass. e di contribuzione)? <input type="checkbox"/>	
	- Ha prestato attività lavorativa nel campo dello spettacolo con qualifica di ballerino o tircicoreo? <input type="checkbox"/>	- Dal _____ al _____ con la qualifica di _____ - Dal _____ al _____ con la qualifica di _____
	- Ha prestato attività lavorativa come sportivo professionista? <input type="checkbox"/>	- Dal _____ al _____ con la qualifica di _____ - Dal _____ al _____ con la qualifica di _____

DATA _____

FIRMA _____

D MALATTIA - RICOVERI	- Può far valere periodi di malattia (superiore a 7 giorni), gravidanza o puerperio? <input type="checkbox"/> Indicare i periodi e allegare la relativa documentazione <input type="checkbox"/>	Periodo _____ Periodo _____		
	- E' stato ricoverato in sanatorio o istituto post-sanatoriale a carico dell'I.N.P.S., successivamente al 31 dicembre 1951? <input type="checkbox"/> - Ha in corso una domanda di prestazioni antitubercolari? <input type="checkbox"/>	- Dichiaro di essere stato ricoverato in sanatorio a carico delle Sedi INPS di _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____		
	- Ha percepito l'indennità post-sanatoriale successivamente al 31-12-1951? <input type="checkbox"/>	- Dichiaro di aver percepito l'indennità post-sanatoriale dopo il 31-12-1951 a carico delle Sedi INPS di: _____		
E SERVIZIO MILITARE	- Può far valere periodi di servizio militare o equiparati? <input type="checkbox"/>	- In caso di risposta affermativa indicare: DISTRETTO _____ ANNO DI RIFERIMENTO _____ - ALLEGARE: Foglio matricolare o stato di servizio in originale ed in copia autenticata, ovvero la dichiarazione sostitutiva sull'apposito modello.		
	- Può far valere periodi di aspettativa non retribuiti, successivi al 11-6-1970, per svolgimento di funzioni pubbliche elettive ovvero di cariche sindacali nazionali o provinciali? <input type="checkbox"/>	- Allegare la documentazione comprovante lo svolgimento delle funzioni pubbliche o delle cariche sindacali.		
F DISOCCUPAZIONE	- Successivamente al 31-12-1951 percepisce o ha percepito l'indennità o trattamento ordinario di disoccupazione? <input type="checkbox"/>	- Dichiaro di aver percepito l'indennità di disoccupazione a carico delle sedi INPS di _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____		
G VERS. VOL.	- Ha effettuato versamenti volontari? <input type="checkbox"/>	- Dichiaro di aver effettuato versamenti volontari presso: - ENPALS dal _____ al _____ - Allegare: fotocopia dei boll. di versamento relativi agli ultimi 2 anni. - INPS – Sede di _____ dal _____ al _____ Sede di _____ dal _____ al _____		
H CASS INT.	- Percepisce o ha percepito il trattamento economico salariale a carico della Cassa integrazione guadagni? <input type="checkbox"/>	- Dichiaro di aver percepito _____ il trattamento economico salariale a carico della Cassa integrazione guadagni: dal _____ al _____ L. _____ mensili dal _____ al _____ L. _____ mensili		
I RISCATTO E RICONG.	- Ha in corso domanda di riscatto del corso legale di laurea, di periodi di lavoro all'estero o di periodi scoperti di assicurazione? <input type="checkbox"/>	- Indicare il tipo di riscatto e la data della domanda _____ tipo _____ _____ data _____		
	Ha in corso domanda di ricongiungimento di periodi assicurativi? (legge 29/79) <input type="checkbox"/>	- Indicare il fondo presso il quale è stata presentata la domanda _____ _____		
L	DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO			
	Il sottoscritto _____ titolare/legale rappresentante dell'Azienda _____ _____ esercente _____ con sede in Via _____ n. _____ dichiara ce il Sig. _____ • è stato mantenuto in servizio oltre il 60° anno di età a seguito di opzione esercitata dallo stesso ai sensi dell'art. 8 della Legge n. 54/1982; • non ha esercitato il diritto di opzione di cui all'art. 6 della Legge n. 54/1982; • è stato mantenuto in servizio per cause indipendenti dall'esercizio della facoltà di opzione in quanto non trova applicazione nel caso presente la normativa di cui alla Legge 15 luglio 1966, n. 604 • Ha esercitato il diritto di opzione di cui alla Legge 407/90.			
	FIRMA DEL TITOLARE DELL'AZIENDA O DEL LEGALE RAPPRESENTANTE			

DATA _____

FIRMA _____

