

All’Ufficio Pensioni Area Contabilità Finanza e Stipendi

Sapienza Università di Roma

Piazzale Aldo Moro, 5

00185 – Roma

DOMANDA DI ACCREDITO DEL TFS DA PARTE DEI SUPERSTITI

Il/La sottoscritto/a ,

nato/a\_ a \_ \_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nella qualità di:

(\*) □ coniuge superstite □ orfano/a □ genitore □ fratello/sorella (se a carico dell’ex iscritto)

□ erede legittimo/testamentario

del defunto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

1. di essere domiciliato/a in (\_\_\_), in Via/P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,n.\_\_\_\_\_\_(c.a.p.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di (\*) □ essere a conoscenza □ non essere a conoscenza di debiti verso lo Stato del *de cuius* per

\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

CHIEDE

che il TFS (trattamento di fine servizio) venga accreditato sul seguente c/c del quale il sottoscritto è titolare:

(\*) □ bancario □ postale,

identificato dal seguente codice IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Paese | | Codice  controllo | | CIN | ABI | | | | | CAB | | | | | Numero conto corrente | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Il/La sottoscritto/a unisce alla presente dichiarazione, la fotocopia del seguente documento d’identità: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, \_ Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere letto attentamente e compreso l’[Informativa](https://www.uniroma1.it/sites/default/files/field_file_allegati/informativa_tfs_uff.pensioni_agg._2025_0.pdf) resa ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 ed essere stato informato su: **1.** Le finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati**; 2.** Il tempo di conservazione dei dati così come previsto dalla normativa e la cancellazione degli stessi; **3**. I soggetti e le categorie di soggetti ai quali i dati personali comuni possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza; **4.** I diritti dell’interessato e le relative modalità di esercizio; **5.** La possibilità di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali; **6.** La necessità di fornire i dati richiesti per la liquidazione della pensione e del trattamento di fine servizio.

□ (\*) **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei propri dati personali per le finalità e le modalità - descritte nelle informative.

□ (\*) **NEGA IL PROPRIO CONSENSO** al trattamento dei propri dati personali per le finalità e le modalità descritte nelle informative.

Letto, confermato e sottoscritto.

Roma, \_ Firma

(\*) contrassegnare l’opzione prescelta.