



All'Ufficio Pensioni - Area Risorse  
Umane  
"Sapienza" Università di Roma  
Piazzale Aldo Moro, 5  
00185 - Roma

**DOMANDA DI ACCREDITO DEL TFR**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
rivestente la qualifica di \_\_\_\_\_ presso l'Università  
degli Studi di Roma "La Sapienza"

**DICHIARA**

1) di essere domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), in Via/P.zza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ (c.a.p. \_\_\_\_\_),  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

2) di (\*)  avere  non avere debiti verso lo Stato per \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

che il TFR (trattamento di fine rapporto) venga accreditato sul 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 le informative SAPIENZA ed INPS ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento UE2016/679 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.