



All'Ufficio Pensioni - Area Risorse Umane
 "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 che, ai sensi dei successivi artt. 71, 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera e che, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

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

2) 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 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.