

**ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**  
**Via Galilei 32 - 00185 - Roma**

**DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI**

  l   sottoscritt\_

<b>Dati anagrafici</b>	<b>Cognome</b>			
	<b>Nome</b>			
	<b>Nat_ il</b>	<b>(gg/mm/aaaa)</b>		
	<b>a</b> (Comune o Stato estero di nascita)		<b>Prov.</b>	
	<b>Codice fiscale</b>			
	<b>Relazione di parentele con il defunto</b>			

*Residente in*

<b>Residenza</b>	<b>Comune</b>	<b>Prov.</b>	
	<b>Stato</b>		
	<b>Via/Piazza</b>	<b>n.</b>	
	<b>C.A.P.</b>	<b>Numero telefonico</b>	
	<b>e-mail:</b>		

*Dati relativi al defunto*

<b>Dati anagrafici</b>	<b>Cognome</b>			
	<b>Nome</b>			
	<b>Nat_ il</b>	<b>(gg/mm/aaaa)</b>		
	<b>a</b> (Comune o Stato estero di nascita)		<b>Prov.</b>	
	<b>Data di decesso</b>			

**DA COMPILARE SOLO SE IL RICHIEDENTE E' IL CONIUGE DEL DEFUNTO**

Data di matrimonio _____	Mantiene lo stato vedovile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> HA	<input type="checkbox"/> NON HA	contratto nuovo matrimonio il _____ a _____	

**DA COMPILARE SOLO SE LA PENSIONE E' RICHIESTA DA FIGLI DI ETA' INFERIORE A 18 ANNI, DA SOLO O INSIEME AL CONIUGE SUPERSTITUTE**

_____	_____	_____
<i>Cognome e Nome del Figlio</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>
_____	_____	_____
<i>Cognome e Nome del Figlio</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>
_____	_____	_____
<i>Cognome e Nome del Figlio</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>

**DA COMPILARE SE LA PENSIONE E' RICHIESTA  
DA FIGLI DI ETA' SUPERIORE A 18 ANNI, DA SOLI O INSIEME AL CONIUGE SUPERSTITE E  
QUINDI FIGLI STUDENTI, FIGLI GIA' GIUDICATI INABILI DEL DEFUNTO,  
OVVERO MINORI A CARICO DI ASCENDENTI**

Rapporto di parentela con il defunto : **FIGLIO STUDENTE**

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Luogo di nascita</i>
<i>Codice Fiscale</i>	<i>Residenza e CAP</i>	<i>Via e num civico</i>
<i>e-mail</i>	<i>Recapito telefonico</i>	

Istituto scolastico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ anno di frequenza \_\_\_\_\_  
 Università di \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ anno di immatricolazione \_\_\_\_\_ durata corso  
 legale studi anni \_\_\_\_\_.

1. NO  SI  Presto attività lavorativa dipendente o autonoma (\*);
2. NO  SI  Possiedo altri redditi personali di qualsiasi natura (\*).
3. NO  SI  Beneficio in Italia o all'estero di altre pensioni (\*) Ente o Stato estero \_\_\_\_\_ tipo di pensione \_\_\_\_\_

-----

Rapporto di parentela con il defunto : **FIGLIO STUDENTE**

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Luogo di nascita</i>
<i>Codice Fiscale</i>	<i>Residenza e CAP</i>	<i>Via e n. civico</i>
<i>e-mail</i>	<i>Recapito telefonico</i>	

Istituto scolastico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ anno di frequenza \_\_\_\_\_  
 Università di \_\_\_\_\_ anno accademico \_\_\_\_\_ anno di immatricolazione \_\_\_\_\_ durata corso  
 legale studi anni \_\_\_\_\_.

1. NO  SI  Presto attività lavorativa dipendente o autonoma (\*);
2. NO  SI  Possiedo altri redditi personali di qualsiasi natura (\*).
3. NO  SI  Beneficio in Italia o all'estero di altre pensioni (\*) Ente o Stato estero \_\_\_\_\_ tipo di pensione \_\_\_\_\_

-----

Rapporto di parentela con il defunto : **MINORE A CARICO DEL DANTE CAUSA**

<i>Cognome e Nome</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Luogo di nascita</i>
<i>Codice Fiscale</i>	<i>Residenza e CAP</i>	<i>Via e n. civico</i>
<i>e-mail</i>	<i>Recapito telefonico</i>	

Altre notizie: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(\*) Compilare il modello RED

Rapporto di parentela con il defunto : **FIGLIO MAGGIORENNE GIA' GIUDICATO INABILE AL LAVORO**

Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita
Codice Fiscale	Residenza e CAP	Via e n. civico
e-mail	Recapito telefonico	

Altre notizie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Si richiama l'attenzione che nell'ipotesi in cui il richiedente risulta invalido civile, comunque dovrà presentare istanza per essere sottoposto a visita medico-legale al fine di accertare l'inabilità assoluta e permanente a proficuo lavoro alla data del decesso del dante causa).

I richiedenti **già giudicati** permanentemente inabili in modo assoluto a qualsiasi attività lavorativa dovranno allegare l'esito del giudizio medico legale (reso dai Competenti Organi Medico Legali, quali le ASL, le CML, ecc.) con la quale viene evidenziato che l'interessato, alla data del decesso del dante causa, è permanentemente, in modo assoluto, inabile a qualsiasi attività lavorativa.

1. NO  SI  Presto attività lavorativa dipendente o autonoma (\*);
2. NO  SI  Possiedo altri redditi personali di qualsiasi natura (\*).
3. NO  SI  Beneficio in Italia o all'estero di altre pensioni (\*) Ente o Stato estero \_\_\_\_\_ tipo di pensione \_\_\_\_\_

(\*) Compilare il modello RED

-----

**NOTIZIE SU ALTRI EVENTUALI AVENTI TITOLO  
A CHIEDERE LA PENSIONE DI REVERSIBILITA'**

\_I\_ sottoscritt\_ in qualità di  Coniuge  Figlio  Minore a carico del dante causa

**DICHIARA**

che oltre a me stesso e agli altri familiari richiedenti la prestazione con la presente domanda, esistono i seguenti aventi titolo a chiedere la pensione di reversibilità:

- 1) Coniuge divorziato  NO  SI \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del coniuge divorziato) (data di nascita)
- 2) Figli legittimi o naturali  NO  SI \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del figlio) (data di nascita)
- 3) Genitori a carico del dante causa  NO  SI \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del genitore) (data di nascita)
- 4) Fratelli e sorelle inabili a carico del dante causa  NO  SI \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del fratello/sorella) (data di nascita)
- 5) Minori a carico del dante causa  NO  SI \_\_\_\_\_  
(Cognome e nome del minore a carico) (data di nascita)

# DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETA'

(DPR. n. 445 del 28/12/2000, art 47)

Le dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà devono essere accompagnate da una fotocopia (avanti/retro) di un documento di identità in corso di validità al momento della presentazione della domanda.

## 1. Dichiarazione del richiedente

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ (rapporto di parentela con il defunto) \_\_\_\_\_

### DICHIARA

che la famiglia del dante causa al momento del suo decesso, altre che al medesimo, era composta da:

	Cognome Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Convivente			
1.					<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
2.					<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
3.					<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
4.					<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
5.					<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
6.					<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

e che  esistono  non esistono i requisiti previsti dalla legge per la vivenza a carico in quanto lo stesso provvedeva al mantenimento delle persone non conviventi di cui ai punti \_\_\_\_\_  con carattere di continuità  saltuariamente.

## 2. Dichiarazione del coniuge

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ DICHIARO sotto la mia responsabilità che che tra me e il coniuge defunto

NON E' intervenuta sentenza di separazione/divorzio

E' intervenuta sentenza di separazione/divorzio

di cui allego copia

## 3. Altre eventuali dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà

---

---

---

Con l'apposizione della propria firma i dichiaranti attestano di essere a conoscenza del contenuto degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, che prevedono per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci, false o parzialmente veritiere la sanzione e la decadenza dai benefici ottenuti attraverso le predette dichiarazioni.

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(estremi del documento)

\_\_\_\_\_  
(estremi del documento)

\_\_\_\_\_  
(estremi del documento)

Si allegano n. \_\_\_\_\_ fotocopie dei documenti relativi ai sottoscrittori.

## DICHIARAZIONE

Autorizzo la Presidenza del Consiglio dei Ministri ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (legge 675/96).

Dichiaro che tutte le informazioni fornite con questa domanda (compresa gli allegati) sono veritiere e mi impegno a comunicare tempestivamente (non oltre i 30 giorni) alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, qualsiasi variazione.

Sono, altresì, **consapevole** che l'incompleta o la mancata segnalazione di fatti o stati che incidono sul diritto e/o sulla misura della pensione **comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse.**

Estremi del documento di riconoscimento	Documento di riconoscimento	
	Numero del documento	
	Rilasciato da	
	In data	

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_ , li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**

**Via Galilei 32 - 00185**

**ROMA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**COMUNICAZIONE DEI REDDITI**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ recapito telefonico n. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_,

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_, in qualità di **vedov\_** del

Sig. \_\_\_\_\_ decedut\_ il \_\_\_\_\_,

**a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni ed integrazioni per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti,**

**D I C H I A R A** che per l'anno \_\_\_\_\_;

di  **NON POSSEDERE** redditi propri assoggettabili all'IRPEF;

di  **POSSEDERE** i seguenti redditi:

- Reddito da altro trattamento di pensione di € \_\_\_\_\_ (importo annuo lordo);
- Reddito da lavoro dipendente di € \_\_\_\_\_ (importo annuo lordo);
- Reddito da lavoro autonomo professionale o d'impresa di € \_\_\_\_\_ (importo annuo lordo);
- Altri redditi assoggettabili all'IRPEF (esclusi il reddito della casa di abitazione), pari a € \_\_\_\_\_ (importo annuo lordo).

Data \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

*Annotazioni:*

*Si rappresenta che in applicazione dell'art. 1, comma 41, della legge 8 agosto 1995, n. 335, occorre accertare, ogni anno, se l'ammontare dei redditi posseduti superi i limiti della cumulabilità vigenti in materia di cumulo della pensione con altri redditi del beneficiario.*

*Consequentemente, se la S.V. **dichiara di possedere redditi propri è tenuta** a comunicarlo ogni anno a questa Presidenza del Consiglio dei Ministri.*

Data \_\_\_\_\_

**F I R M A**

<sup>1</sup> Informativa ai sensi dell'art.13 del d.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Quest'Amministrazione, in qualità di titolare del trattamento, La informa che tutti i dati vengono trattati nel rispetto delle previsioni di legge, per finalità strettamente connesse e strumentali all'erogazione della prestazione da Lei richiesta.

Il trattamento dei dati personali avviene anche con l'ausilio di strumenti elettronici, da parte del personale di quest'Amministrazione.

Il trattamento è effettuato nel rispetto dei principi sanciti dall'art. 11 del d.lgs. n. 196/2003. Il conferimento dei dati è obbligatorio, in base alla normativa che disciplina la prestazione richiesta, e indispensabile per la definizione del relativo procedimento.

I Suoi dati personali, ove necessario, potranno essere comunicati a soggetti pubblici quali istituti Previdenziali e Assistenziali.

