



Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 1/2

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	STATO
RESIDENTE IN		PROV.	STATO
INDIRIZZO			CAP
TELEFONO		CELLULARE	
E-MAIL			
TITOLARE DELLA PENSIONE N.			
CATEGORIA			
UFFICIO POSTALE DI		N.	
INDIRIZZO			
CAP		CITTA'	
CODICE ABI		CODICE CAB/ FRAZIONARIO	

(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)

CHIEDO IL PAGAMENTO
Barrare la casella corrispondente

☐ **ALLO SPORTELLO**

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo o su conto corrente nominativo, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

☐ **SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N.**

data

firma del funzionario

timbro d'ufficio postale

☐ **SUL MIO CONTO CORRENTE POSTALE NOMINATIVO**

☐ **CODICE IBAN**

☐ **CODICE BIC**

data

firma del funzionario

timbro d'ufficio postale

☐ **CON INPSCARD**

*Allo sportello postale si può richiedere **INPSCARD**, una carta elettronica sulla quale è possibile accreditare direttamente e gratuitamente la sua pensione ogni mese.*



Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane - 2/2

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.