

c/o TELECOM ITALIA
Human Resources and Organization - Servizi RU - Welfare
quale incaricata dei servizi amministrativi
Struttura di _____

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE
SOCI PENSIONATI**
(Compilare il modello in tutte le sue parti e scrivere in stampatello)

Barrare la casella
interessata

- Adesione Socio Pensionato e/o dei familiari Beneficiari a carico
 Variazione nucleo Familiare

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ residente a _____ indirizzo
_____ CAP _____ Tel _____ Lavoratore _____ della
Società _____ di _____ Matricola meccanografica _____ che cesserà dal servizio in
data _____

DICHIARA

- di aver diritto alla liquidazione della pensione a carico del Fondo di Previdenza dei Telefonici (soppresso dal 1.1.2000 e confluito, con evidenza contabile separata, nell'AGO) - a decorrere dal _____ e di essere iscritto all'Associazione, al momento della cessazione dal servizio;
 di aver diritto alla liquidazione della pensione di invalidità per causa di servizio a carico del Fondo di Previdenza dei Telefonici (soppresso dal 1.1.2000 e confluito, con evidenza contabile separata, nell'AGO) a decorrere dal _____

CHIEDE

di essere iscritto all'Associazione unitamente ai familiari a carico sottoindicati, ai sensi dell'Art.5 dello Statuto Assilt

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false:

- che ciascuno dei familiari a carico, non aventi diritto ad altra forma di assistenza migliorativa, ha percepito nell'anno _____ un reddito fiscale complessivo al lordo degli oneri deducibili, non superiore a € _____ (*).
- che ciascuno dei familiari a carico, non aventi diritto ad altra forma di assistenza migliorativa, avendo percepito nell'anno _____ un reddito fiscale complessivo al lordo degli oneri deducibili, non superiore a € _____ (*), ha diritto all'iscrizione essendo venute meno le ragioni che determinavano il superamento di tale livello di reddito.

(*) L'iscrizione dei familiari dovrà sempre riportare i dati variabili

Dichiara, inoltre, di aver ricevuto apposita informativa predisposta dall'Assilt ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996 n. 675 e D.Lgs. 196/03 e preso conoscenza dei propri diritti (art. 13), esprime il proprio consenso per sé e per i familiari minorenni a carico al trattamento dei dati comuni e sensibili che lo/li riguardano, anche ad opera di terzi, per le finalità e gli scopi descritti nell'informativa.

cognome e nome	codice fiscale	grado di parentela	data di nascita

Chiede, inoltre l'accredito degli importi relativi ai rimborsi sulle seguenti coordinate:

C/C bancario: Codice Paese _____ CIN _____ ABI _____ CAB _____ N°c/c _____
C/C postale: Codice Paese _____ CIN _____ ABI _____ CAB _____ N°c/c _____

Si impegna a comunicare alla struttura territoriale T.I. Welfare (utilizzando il modello di revoca disponibile presso la struttura territoriale di competenza oppure sul sito web www.assilt.it pagina "modulistica"):

- entro il 15 settembre di ciascun anno, l'eventuale decadenza dell'iscrizione dei familiari Beneficiari, in relazione al reddito individuale percepito nell'anno solare precedente, con riferimento ai limiti fissati annualmente dal Consiglio di Amministrazione ASSILT in applicazione dell'art.2 del Regolamento delle prestazioni.
- entro 30 giorni il venir meno delle condizioni che hanno dato titolo all'iscrizione all'Assilt.

N.B.: L'Assilt si riserva di richiedere al Socio la documentazione attestante il diritto all'iscrizione per i familiari sopra indicati. Il Socio sarà tenuto a rimborsare all'ASSILT le eventuali spese dalla stessa sostenute per il periodo in cui non sussisteva il diritto con la maggiorazione degli interessi decorrenti dalla data delle erogazioni, nella misura del tasso deliberato dal Consiglio di Amministrazione maggiorato di un punto (Art.3 del Regolamento delle prestazioni).

Data _____ Firma _____