



## Fondo Scuola Espero

DA INVIARE A FONDO SCUOLA ESPERO  
Via Cavour, 310 – 00184 - Roma

## MODULO RICHIESTA TRASFERIMENTO DIPENDENTI PUBBLICI

### 1. DATI DELL'ISCRITTO

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita: ____ / ____ / ____
Comune di nascita:	_____	Provincia: ( ____ )	Telefono: _____
Indirizzo di residenza:	_____	CAP: _____	
Comune di residenza:	_____	Provincia: ( ____ )	

### 2. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI

- I.  L'iscritto non ha cessato l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo e presenta domanda di trasferimento volontario decorsi almeno 3 anni dall'adesione
- II.  L'iscritto ha cessato l'attività lavorativa richiesta per l'iscrizione al Fondo per:
- A.  Scadenza contratto, dimissioni, licenziamento, ecc.
  - B.  Inabilità, mobilità, fondo esuberi, fallimento e per altre cause indipendenti dalla volontà delle parti
  - C.  Pensionamento

Contributi non dedotti non ancora comunicati: \_\_\_\_\_ €

### 3. DATI FONDO CESSIONARIO

DENOMINAZIONE FONDO _____	NOMINATIVO REFERENTE _____
N. ISCRIZIONE ALBO _____	RECAPITI: _____
INDIRIZZO SEDE: _____	TELEFONO _____
VIA _____	MAIL _____
CAP _____	FAX _____
CITTA' _____	

**Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere a conoscenza dei requisiti previsti dallo Statuto del Fondo Pensione per l'esercizio dell'opzione prescelta e che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.**

*Il sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di residenza indicato il dettaglio del trasferimento della posizione previdenziale, che gli verrà spedito per posta ordinaria dal Fondo Pensione.*

Data compilazione: ..... / ..... / ..... Firma: \_\_\_\_\_

**Nota Bene:** Nel caso di richiesta di trasferimento per perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo, la posizione individuale maturata al giorno di valorizzazione successivo a quello in cui il Fondo ha acquisito la notizia certa del verificarsi delle condizioni che danno diritto al trasferimento, verrà trasferita entro 6 mesi dal ricevimento della richiesta

### 4. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA

Data cessazione attività: ..... / ..... / .....

Timbro e firma del datore di lavoro: \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancata sottoscrizione comportano il rigetto della domanda presentata.

Le spese di gestione della pratica ammontano ad € 5,50.

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### 1. DATI DELL'ISCRITTO (compilazione e sottoscrizione a cura dell'iscritto)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'iscritto.

### 2. DATI PREVIDENZIALI E CONTRIBUTIVI (compilazione e sottoscrizione a cura dell'iscritto)

**Le due opzioni consentite (I o II) sono tra loro alternative. Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. L'opzione II prevede un'ulteriore specificazione. Anche in questo caso, qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato:**

- A) Scadenza contratto, dimissioni, licenziamento ecc.** - Si ricorda che il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione.
- B) Inabilità, mobilità, fondo esuberanti ecc.** - Riguarda le cessazioni del rapporto di lavoro per cause indipendenti dalla volontà delle parti ed è un'informazione influente sul regime fiscale applicabile.
- C) PENSIONAMENTO** - l'iscritto ha i requisiti per percepire la pensione erogata dal regime obbligatorio di appartenenza.

**Contributi non dedotti** - Ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 47/2000, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa. Qualora l'iscritto maturi il diritto alla prestazione prima del 30 settembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'intero ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione che non sono già stati comunicati in precedenza (si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore di familiari fiscalmente a carico).

### 3. DATI FONDO CESSIONARIO (compilazione e sottoscrizione a cura dell'iscritto)

Devono essere riportati i dati relativi al Fondo Cessionario, ovvero la denominazione e l'indirizzo della sede del Fondo (Via, CAP e Città). E' inoltre opportuno indicare un recapito telefonico, fax o mail del fondo ed il nominativo di un eventuale referente, in maniera tale che Espero possa prendere contatti con il Fondo Cessionario tempestivamente.

### 4. DATI DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del datore di lavoro)

**Data cessazione** - è la data in cui eventualmente cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

**Timbro e firma del datore** - il modulo, anche in assenza della perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo va timbrato e firmato dalla scuola.



# Fondo Scuola Espero

La documentazione che segue va inviata al Fondo Espero dagli eredi **solo in caso di decesso dell'iscritto**

## DATI PERSONALI DEI BENEFICIARI

### CONIUGE BENEFICIARIO

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

### COORDINATE BANCARIE

N.ro C/C: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca e Filiale: \_\_\_\_\_

NB: Nel caso in cui non vengano fornite le coordinate bancarie, la liquidazione verrà effettuata a mezzo Assegno Circolare Non Trasferibile (il costo di emissione e le spese di consegna saranno decurtati dall'importo da liquidare)

*Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.*

Firma: \_\_\_\_\_

### ALTRI BENEFICIARI

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ ) Telefono: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: ( \_\_\_\_ )

Status:  Figlio/a  Genitore fiscalmente a carico  Beneficiario designato dall'iscritto

### COORDINATE BANCARIE

N.ro C/C: \_\_\_\_\_ CIN: \_\_\_\_\_ ABI: \_\_\_\_\_ CAB: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Intestato a: \_\_\_\_\_ Banca e Filiale: \_\_\_\_\_

NB: Nel caso in cui non vengano fornite le coordinate bancarie, la liquidazione verrà effettuata a mezzo Assegno Circolare Non Trasferibile (il costo di emissione e le spese di consegna saranno decurtati dall'importo da liquidare)

*Il sottoscritto dichiara, sotto la propria esclusiva responsabilità, che quanto sopra dichiarato corrisponde a verità.*

Firma: \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO

- **Coniuge beneficiario:** al coniuge spetta il diritto di riscattare in via esclusiva l'intera posizione dell'iscritto deceduto, con precedenza sulle altre categorie di beneficiari previsti dal d.lgs. 124/93.
- **Altri beneficiari:** In assenza del coniuge hanno diritto di riscattare la posizione dell'iscritto deceduto i figli, o, in loro assenza, i genitori purché fiscalmente a carico. Solo in mancanza di queste categorie, sono valide eventuali designazioni effettuate dall'iscritto.
- **Documentazione da produrre:** è sempre necessario produrre certificato di morte. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'iscritto deceduto. Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere, nell'ipotesi di genitore fiscalmente a carico, la documentazione attestante il relativo status. Il beneficiario prescelto dall'iscritto deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione. In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, in assenza del genitore esercente la potestà parentale, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'iscritto deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore.

Con la sottoscrizione del presente modulo, ciascun beneficiario autorizza il Fondo Pensione al trattamento dei propri dati personali e alla comunicazione dei medesimi a società incaricate dal Fondo dell'attività di gestione. Si informa, ai sensi del D.Lgs. n.196/03, che i dati richiesti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.

**Data Compilazione:** ..... / ..... / .....

Allego alla presente i seguenti documenti

- consenso al trattamento dei dati personali dell'erede
- certificato di morte
- stato di famiglia storico
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovante lo stato di erede suo e degli eventuali altri coeredi
- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale degli eredi a cui va liquidata la posizione maturata.



**Fondo Scuola Espero**

La documentazione che segue va inviata al Fondo Espero dagli eredi **solo in caso di decesso dell'iscritto**

## **Informativa ai sensi dell'art. 13, del D.Lgs 196/2003 <sup>(1)</sup>**

ESPERO informa che la documentazione richiesta contiene dati personali che verranno trattati, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, ai fini della liquidazione delle quote versate al Fondo.

Il conferimento di tali dati é necessario alla liquidazione delle spettanze dovute e, pertanto, il rifiuto a fornire la documentazione di cui sopra ed il mancato consenso alle fasi del trattamento rendono impossibile l'espletamento di tale attività.

I dati personali possono essere comunicati:

- alle autorità competenti per l'assolvimento degli obblighi di legge;
- a terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione.

Titolare del trattamento dei dati é Espero, con sede legale in Roma, Fiume Giallo, 3.

All'interessato competono tutti i diritti di cui all'art. 7, del D.Lgs 196/2003.

Dichiaro di aver letto l'informativa e di:

acconsentire

non acconsentire

al trattamento dei dati.

NOME E COGNOME

Firma

---

<sup>(1)</sup> Il presente modulo deve essere controfirmato e rinviato al Fondo ESPERO da tutti gli eredi.



**Fondo Scuola Espero**

La documentazione che segue va inviata al Fondo Espero dagli eredi **solo in caso di decesso dell'iscritto**

## Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_, provincia di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

di essere erede unico del sig/a \_\_\_\_\_

di essere coerede del sig/a \_\_\_\_\_

per la quota di \_\_\_\_\_, unitamente agli altri coeredi appresso indicati per i quali allega analoga dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:

coerede sig/a \_\_\_\_\_

coerede sig/a \_\_\_\_\_

coerede sig/a \_\_\_\_\_

coerede sig/a \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_