



## 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 \_\_\_\_\_

timbro d'ufficio postale

firma del funzionario \_\_\_\_\_

**SUL MIO CONTO CORRENTE POSTALE NOMINATIVO**

CODICE IBAN

CODICE BIC

data \_\_\_\_\_

timbro d'ufficio postale

firma del funzionario \_\_\_\_\_

**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.*