



Domanda di ricostituzione della pensione

Questi moduli vanno utilizzati per chiedere un ricalcolo della pensione per motivi contributivi, se è variato il reddito, per chiedere gli assegni familiari o per le maggiorazioni sociali oppure per ottenere un supplemento di pensione, se ha continuato a lavorare dopo il pensionamento. La domanda può essere presentata anche dai superstiti di un pensionato. Il supplemento si può chiedere a condizione che dalla decorrenza della pensione o del precedente supplemento siano trascorsi almeno 5 anni, oppure, una sola volta, quando siano trascorsi soltanto 2 anni, a condizione che si sia superata l'età pensionabile. Per ottenere la ricostituzione o il supplemento dovrà compilare tutte le parti dei moduli ritenute indispensabili, contrassegnate da una cornice blu. La preghiamo inoltre di leggere con attenzione anche le parti che riguardano la richiesta di altri dati/documentazione necessari ad ottenere particolari agevolazioni. La domanda debitamente compilata deve essere consegnata all'Ufficio Inps della sua zona o per posta o tramite un Ente di patronato, che offre assistenza gratuita.

- Dati/Documentazione indispensabili per la ricostituzione o per il supplemento di pensione (articolo 1 comma 783 legge 296/2006)
 - dati sullo stato civile del richiedente
 - indicazione esplicita del motivo della richiesta di ricostituzione
 - autocertificazione riguardante la composizione del nucleo familiare, in caso di richiesta di trattamenti di famiglia
 - certificazione dei redditi (modulo RED)*
 - indicazione della data di decorrenza della variazione della situazione dei redditi, se si chiede la ricostituzione per motivi reddituali
 - dichiarazione per l'attribuzione ed il ripristino di quote di reversibilità per i figli con certificati di frequenza scolastica o di iscrizione universitaria allegati, se si richiede la ricostituzione su pensione ai superstiti
 - modulo certificativo (SS3)* dello stato di salute del figlio inabile, compilato da un medico, in caso di richiesta di quote di contitolarità per figli inabili, se si chiede la ricostituzione su pensione ai superstiti
 - modulo certificativo (SS3)* per l'attestazione dello stato di inabilità del richiedente o dei componenti il nucleo familiare, se si richiedono trattamenti di famiglia
 - documentazione relativa ai contributi successivi alla decorrenza della pensione, se si chiede il supplemento di pensione
 - documentazione specifica relativa alla tipologia dei contributi non calcolati nella prima liquidazione, se si chiede la ricostituzione per motivi contributivi
- Documentazione da allegare per richieste/situazioni particolari
 - Può utilizzare moduli di delega se intende avvalersi dell'aiuto di un patronato, se intende destinare delle quote di pensione ad un sindacato, se intende delegare una persona di fiducia per riscuotere la pensione (modulo delega/patronato - delega/sindacato - delega riscossione pensione)*
 - Se dopo aver presentato la domanda di pensione, cambia la residenza e/o l'ufficio bancario o postale lo deve comunicare con gli appositi moduli (modulo residenza- modulo posta - modulo banca)*

* Moduli e schemi di autocertificazione disponibili presso i nostri uffici o sul sito www.inps.it



Ricostituzione della pensione - 1/5

CATEGORIA E NUMERO PENSIONE			
ALLA SEDE DI			
NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	STATO
CITTADINANZA			
RESIDENTE IN		PROV.	STATO
INDIRIZZO		CAP	
TELEFONO		CELLULARE	
E-MAIL			
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO		NUMERO	
RILASCIATO DA		IN DATA	

- STATO CIVILE
Barrare la casella corrispondente
- ☐ Celibe/Nubile
 - ☐ Separato/a dal
 - ☐ Vedovo/a dal
 - ☐ Coniugato/a dal
 - ☐ Divorziato/a dal

● DATI DEL CONIUGE

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	STATO



Ricostituzione della pensione - 2/5

Barrare la casella corrispondente

☒ Chiedo

- ☐ la ricostituzione della pensione per motivi contributivi
- ☐ la ricostituzione della pensione per motivi di reddito
- ☐ il supplemento di pensione
- ☐ la maggiorazione sociale
- ☐ il ripristino o la sospensione della pensione di invalidità
- ☐ la ricostituzione della pensione a carico del seguente Stato estero convenzionato

☒ Dichiaro

- ☐ di aver cessato l'attività di lavoro dipendente dal _____ (gg/mm/aaaa)
- ☐ di continuare l'attività di lavoro dipendente (allego dichiarazione aziendale mod 01/sost)
- ☐ di aver svolto attività di lavoro autonomo in qualità di _____ dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
- ☐ di svolgere attività di lavoro autonomo in qualità di
 - ☐ artigiano
 - ☐ commerciante
 - ☐ coltivatore diretto/colono o mezzadro
- ☐ di aver svolto attività di collaborazione coordinata, a progetto o attività professionale abituale
- ☐ di svolgere attività di collaborazione coordinata, a progetto o attività professionale abituale
- ☐ di aver svolto attività lavorativa all'estero:
 - Stato _____ dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
 - Stato _____ dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)

- ☐ di non avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri
- ☐ di avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri
 - Ente o Stato Estero _____ ☐ Pensione diretta ☐ Pensione ai superstiti
 - n. pensione _____ decorrenza _____ (gg/mm/aaaa)
- ☐ di aver presentato domanda di altra pensione a carico dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri
 - trattamento richiesto: _____
 - Ente al quale è stata presentata la domanda _____
 - a partire dal _____ (gg/mm/aaaa)
- ☐ di aver svolto attività lavorativa all'estero:
 - Stato _____ dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)



Ricostituzione della pensione - 3/5

Barrare la casella corrispondente

☒ **DICHIARA**

- ☐ di aver prestato servizio militare o servizio equiparato per periodi di cui chiedo l'accredito figurativo:
 - ☐ allego il foglio matricolare o autocertificazione
 - ☐ il foglio matricolare o l'autocertificazione è stato già presentato il _____ (gg/mm/aaaa)
protocollo n. _____
- ☐ di aver percepito Prestazioni per malattie specifiche (assegno per la cura della tubercolosi)
dal _____ al _____ (gg/mm/aaaa)
- ☐ di aver presentato domanda di riscatto il _____ (gg/mm/aaaa) protocollo n. _____
 - ☐ per corso legale di laurea
 - ☐ per periodi scoperti di assicurazione
 - ☐ altro (lavoro all'estero, gravidanza e puerperio ecc)
- ☐ di aver presentato domanda di ricongiunzione di periodi assicurativi
il _____ (gg/mm/aaaa) protocollo n. _____

☒ **CHIEDO**

- ☐ l'accredito dei contributi figurativi e/o l'integrazione delle retribuzioni ridotte e allego la relativa documentazione per:
 - ☐ gravidanza e puerperio (autocertificazione)
 - ☐ malattia o inabilità temporanea al lavoro derivante da infortunio di durata superiore a 7 giorni (certificato Inail)

data _____

firma _____



Ricostituzione della pensione - 4/5

Compilare solo in caso di richiesta di assegno per il nucleo familiare
o di assegni familiari

- Se il nucleo familiare include inabili, allegare modulo SS3 (compilato dal medico e disponibile presso i nostri uffici)
Se include studenti, allegare certificato di frequenza scolastica o autocertificazione *
Se include studenti universitari, allegare certificato di immatricolazione e di iscrizione o autocertificazione *
Barrare la casella corrispondente

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	STATO
RELAZIONE DI PARENTELA			
☐ inabile	☐ studente	☐ studente universitario	

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	STATO
RELAZIONE DI PARENTELA			
☐ inabile	☐ studente	☐ studente universitario	

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	STATO
RELAZIONE DI PARENTELA			
☐ inabile	☐ studente	☐ studente universitario	

NOME		COGNOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	STATO
RELAZIONE DI PARENTELA			
☐ inabile	☐ studente	☐ studente universitario	



Ricostituzione della pensione - 5/5

Elenco documenti allegati

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

- | | |
|--|---|
| ☐ Copia di un documento di identità | ☐ Foglio matricolare |
| ☐ Copia sentenza di separazione o divorzio | ☐ Autocertificazione periodi di maternità o di malattia |
| ☐ Modulo redditi/Impresa | Copia dei bollettini di pagamento di: |
| ☐ Modulo RED | ☐ Versamenti volontari |
| ☐ Modulo prestazioni accessorie | ☐ Riscatto laurea |
| ☐ Modulo delega/patronato | ☐ Rendita vitalizia |
| ☐ Modulo delega/sindacato | ☐ Ricongiunzione |
| ☐ Modulo delega riscossione pensione | ☐ Lavoro all'estero |
| ☐ Modulo residenza | ☐ Lavoratore domestico |
| ☐ Modulo posta | ☐ Modulo detrazioni |
| ☐ Modulo banca | Altro: |
| ☐ Modulo agevolazioni ex combattenti (COMB1) | ☐ _____ |

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.