



## Domanda di pensione indiretta in totalizzazione

(D.Lgs. n. 42/06; L. n. 247/ 07)

Il/la sottoscritto/a

codice fiscale

data di nascita

Luogo nascita (comune / provincia )

### In qualità di superstite del Consulente del Lavoro

Cognome e nome

Luogo di nascita (comune e provincia)

data di nascita

Iscrizione Ordine Consulenti del Lavoro di

al n°

data iscrizione

matricola

Residenza anagrafica (comune / frazione / provincia / indirizzo / cap)

telefono

e-mail

cellulare

### Chiede

la liquidazione della pensione indiretta

*Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità e consapevole di decadere dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del T.U, approvato con D.P.R. 445/2000), dichiara che il dante causa ha maturato i seguenti periodi contributivi :*

#### Iscrizioni presso l'I.N.P.S.:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (sede I.N.P.S. di \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (sede I.N.P.S. di \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (sede I.N.P.S. di \_\_\_\_\_)

#### Lavoro autonomo con iscrizione nelle gestioni speciali I.N.P.S.:

tipo attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (sede I.N.P.S. di \_\_\_\_\_)

tipo attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (sede I.N.P.S. di \_\_\_\_\_)

tipo attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (sede I.N.P.S. di \_\_\_\_\_)

#### Lavoro reso con iscrizione a fondi diversi dall'I.N.P.S.:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (fondo pensionistico \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (fondo pensionistico \_\_\_\_\_)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (fondo pensionistico \_\_\_\_\_)



**Consulti del Lavoro**  
▼ Ente Nazionale Previdenza Assistenza  
**Sede legale ed amministrativa**  
Viale del Caravaggio, 78 - 00147 Roma  
Codice fiscale 80119170589  
www.enpacl.it  
info@enpacl.it info@enpacl-pec.it

- a) che non ha acquisito altri periodi di contribuzione presso altre gestioni previdenziali, oltre quelli sopra indicati;
- b) che non ha presentato domanda di rimborso dei contributi o domanda di ricongiunzione dopo la data di pubblicazione del decreto legislativo che regola l'istituto in argomento.

Allega, in applicazione dell'art. 38 del T.U. approvato con D.P.R. 445/2000, copia del proprio documento di identità/riconoscimento.

\_\_\_\_\_

luogo e data

\_\_\_\_\_

firma del richiedente

**N.B.: Il presente modulo deve essere restituito, debitamente compilato e sottoscritto, in originale.**





## Dichiarazione di responsabilità (per coniuge)

Il/La sottoscritto/a

### DICHIARA

- Che gli ulteriori superstiti aventi diritto a pensione sono:  
(prendere visione dell'elenco dei superstiti aventi diritto nella nota informativa allegata al presente modulo)

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Rapporto di parentela (1)	Su stato di famiglia (2)

1) indicare con CG: Coniuge, FG figlio/a, PD: padre, MD: madre

2) inserire sì o no a seconda se trattasi di familiare presente nello stato di famiglia alla data di decesso del Consulente del Lavoro ed allegare l'eventuale documentazione, su richiesta, come indicato nella nota informativa (es. certificato di studi)

- di aver contratto di matrimonio con il predetto Consulente il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- che tra il dichiarante e il Consulente deceduto **non è stata** pronunciata sentenza di separazione legale
- che tra il dichiarante e il Consulente deceduto **è stata** pronunciata sentenza di separazione legale  
**(allegare copia della sentenza di separazione, valida alla data di decesso del coniuge)**
- che tra il dichiarante e il Consulente deceduto **è stata** pronunciata sentenza di divorzio con attribuzione di assegno divorziale  
**(allegare copia della sentenza di divorzio, valida alla data di decesso del coniuge)**
- di non aver contratto ulteriore matrimonio e di essere consapevole di dover tempestivamente comunicare all'Enpacl, in caso di nuovo matrimonio, la variazione del proprio stato civile
- che non esiste altro coniuge oltre il richiedente
- che esiste altro coniuge superstite divorziato oltre il richiedente



Il/La sottoscritto/a

### CHIEDE

che i ratei di pensione siano corrisposti: *(barrare la casella corrispondente alla modalità di pagamento desiderata)*

- a mezzo assegno circolare non trasferibile da inviare al seguente indirizzo:  
(sollevando l'Ente da ogni responsabilità in caso di smarrimento o furto)

via/p.zza

comune

prov.

cap

- con accredito su conto corrente postale  
 con accredito su conto corrente bancario

CODICE IBAN

COD. BIC: *(per accrediti internazionali)*

Descrizione banca

si no

ovvero cointestato con

unico intestatario

località

prov.

indirizzo

cap

### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

*Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/2003, il sottoscritto/a rende la presente dichiarazione ed è consapevole che, in base all'art. 75 e 76 del T.U. approvato con DPR 445/2000, coloro che rendono dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dagli eventuali benefici conseguiti, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Si impegna, inoltre, a comunicare, entro 30 giorni dall'evento, qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.*

Luogo e data

Firma del dichiarante

#### Documentazione da allegare:

**a) Copia fotostatica del codice fiscale degli aventi diritto a pensione e di documento di identità (fronte e retro) del richiedente, in corso di validità all'atto della presentazione della domanda;**

**b) Dichiarazione relativa alle detrazioni (Mod. DTR/Sup), da restituire debitamente compilato, anche in caso di comunicazione negativa.**





*Dichiarazione di responsabilità (per figli maggiorenni studenti)*

Il/la sottoscritto/a,

codice fiscale

data di nascita

luogo di nascita (comune)

provincia

**DICHIARA**

- di essere ISCRITTO/A (*allegare certificato di frequenza anno in corso*)

per l'anno scolastico \_\_\_\_\_

Alla Scuola Media Superiore

**OVVERO**

- di essere ISCRITTO/A (*allegare certificato di frequenza anno in corso*)

al  anno di corso della Facoltà di

per l'anno accademico \_\_\_\_\_

presso l'università degli Studi di

- con l'immatricolazione nell'anno accademico

che al momento del decesso risultava a carico del dante causa

che non presta attività lavorativa

che presta attività lavorativa e percepisce un reddito annuo lordo pari ad € \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

*Il/La sottoscritto/a è consapevole che, in base all'art. 75 e 76 del T.U. approvato con DPR 445/2000, coloro che rendono dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dagli eventuali benefici conseguiti, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.*

*Si impegna, inoltre, a comunicare, entro 30 giorni dall'evento, qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.*

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante





### Dichiarazione di responsabilità (per figli inabili)

Il/la sottoscritto/a,	codice fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
data di nascita	luogo di nascita (comune)	provincia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### DICHIARA

- che è inabile a qualsiasi lavoro (se in possesso allegare documentazione medica attestante l'inabilità assoluta e permanente alla data del decesso del Consulente);
- che al momento del decesso risultava a carico del genitore \_\_\_\_\_, ovvero che percepiva un reddito pari ad € \_\_\_\_\_ annui;
- che presta attività lavorativa e percepisce un reddito annuo lordo pari ad € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante

### Parte riservata al tutore/curatore eventualmente nominato

Il/la sottoscritto/a,	codice fiscale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
data di nascita	luogo di nascita (comune)		provincia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
domicilio fiscale	comune	prov.	cap.	tel.
via/ p.zza	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEC	e-mail		cellulare	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

#### DICHIARA

- di essere stato nominato tutore/curatore del Sig./ra \_\_\_\_\_ con sentenza del \_\_\_\_\_ emessa dal Tribunale di \_\_\_\_\_ **(allegare copia della sentenza)**

#### DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs.n. 196/2003 il sottoscritto/a è consapevole che, in base all'art. 75 e 76 del T.U. approvato con DPR 445/2000, coloro che rendono dichiarazioni mendaci, oltre a decadere dagli eventuali benefici conseguiti, sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia.  
Si impegna, inoltre, a comunicare, entro 30 giorni dall'evento, qualsiasi variazione riguardante le situazioni dichiarate.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante





## Totalizzazione dei periodi assicurativi

### NOTE INFORMATIVE

#### Requisiti

In base al D.Lgs. n° 42/06 e successive modificazioni di cui alla Legge n. 247 del 24/12/2007, i periodi assicurativi non coincidenti di almeno 3 anni (periodo ridotto da 6 a 3 dall'art. 1, comma 76, lettera a) della Legge 247/07) maturati presso l'Enpacl e presso altre gestioni previdenziali, possono essere cumulati per il conseguimento della pensione di vecchiaia, anzianità, inabilità e superstiti, a condizione che il richiedente non sia già titolare di trattamento pensionistico.

#### Condizioni

La totalizzazione deve riguardare tutti e per intero i periodi contributivi maturati e, a differenza della ricongiunzione, non comporta il materiale trasferimento dei contributi da una gestione all'altra.

La domanda di pensione deve essere presentata alla gestione presso cui, da ultimo, si è o si è stati iscritti. A questa spetta l'onere di verificare che risultino maturati tutti i requisiti previsti per il riconoscimento del diritto a pensione.

#### Determinazione delle quote di pensione

Ciascuna gestione determina la quota pensionistica di propria competenza; la somma di tutte le quote costituisce l'ammontare del trattamento pensionistico, che verrà materialmente erogato dall'INPS.

I trattamenti pensionistici di vecchiaia e di anzianità derivanti dalla totalizzazione decorrono dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda. Il trattamento pensionistico di inabilità decorre dal mese successivo alla cancellazione dall'Albo professionale.

La pensione ai superstiti decorre, invece, dal primo giorno del mese successivo a quello del decesso del dante causa.

#### Preclusione

La totalizzazione non è consentita, invece, a coloro che hanno presentato domanda di rimborso dei contributi o domanda di ricongiunzione dopo la data di entrata in vigore (2 marzo 2006) del D.Lgs. n° 42 che regola l'istituto in argomento.

#### Facoltà per i superstiti

Tale facoltà opera anche in favore dei superstiti dell'assicurato, anche se quest'ultimo sia deceduto prima del compimento dell'età pensionabile.

**Per gli utenti del servizio "Enpacl on Line", è disponibile il simulatore di calcolo della pensione Enpacl totalizzata.**





## DICHIARAZIONE PER DETRAZIONI D'IMPOSTA PER L'ANNO 2024

Il/la sottoscritto/a

codice fiscale

data di nascita

Luogo nascita (comune / provincia )

Residenza anagrafica (comune / frazione / provincia / indirizzo / cap)

telefono

e-mail

cellulare

Richiedente il trattamento pensionistico di

**(È necessario COMPILARE il presente modello anche nel caso in cui non si richiedano le detrazioni d'imposta)**

### DETRAZIONI PER REDDITI DI PENSIONE

SI  NO  **Detrazione per redditi di pensione (art. 13, commi 3 e 4 del TUIR)**

### DICHIARA

- di volere che le detrazioni di cui all'art. 12 e 13 del TUIR siano determinate sui propri redditi che ammontano ad € \_\_\_\_\_, ad esclusione del reddito di pensione erogato dall'ENPACL e dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e relative pertinenze. **(In caso di mancata comunicazione dell'ammontare del reddito complessivo l'ENPACL calcolerà la detrazione sul reddito di pensione erogato nell'anno ovvero in base al reddito derivante dal cumulo delle pensioni comunicate dal Casellario Centrale Pensionati dell'INPS).**

### DETRAZIONI PER CARICHI DI FAMIGLIA (art. 12 del TUIR)

- Indicare obbligatoriamente il codice fiscale del coniuge, anche se non a carico
- Indicare obbligatoriamente il codice fiscale dei familiari a carico (tabella a) nonché i relativi dati anagrafici (tabella b).
- La mancata compilazione non darà diritto all'applicazione della relativa detrazione.





Tabella a)

						Codice fiscale	N. mesi a carico	Percentuale di detrazione spettante
1	C		Coniuge					
2	F1		Primo figlio		D			
3	F		A		D			
4	F		A		D			
5	F		A		D			
6	F		A		D			

Tabella b)

**Dati anagrafici del coniuge**

a carico     non a carico

Cognome     Nome

Nato/a il  a  Prov.

**Dati anagrafici figli e altri familiari a carico**

Cognome     Nome

Nato/a il  a  Prov.

Cognome     Nome

Nato/a il  a  Prov.

Cognome     Nome

Nato/a il  a  Prov.

Nota bene: sono considerati a carico i familiari che possiedano un reddito complessivo annuo non superiore a €2.840,51, al lordo degli oneri deducibili.

La detrazione spetta per i figli a carico che non beneficiano dell'assegno unico e universale o portatori di handicap con età superiore ai 21 anni ai sensi della legge 104/1992 (D.Lgs. n. 230/2016 recante attuazione della legge 1° aprile 2021, n. 46). Per i figli di età non superiore a ventiquattro anni il limite di reddito complessivo di cui al primo periodo è elevato a €4.000,00 (Art. 1 c. 252 L. 205/2017).





### Consulenti del Lavoro

▼ Ente Nazionale Previdenza Assistenza

### Sede legale ed amministrativa

Viale del Caravaggio, 78 - 00147 Roma

Codice fiscale 80119170589

www.enpacl.it

info@enpacl.it info@enpacl-pec.it

Consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi (Art. 75 e 76 del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000),

## SI IMPEGNA

a comunicare eventuali variazioni intervenute alla situazione dichiarata esonerando l'ENPACL da ogni responsabilità.

Luogo e data

Firma del dichiarante

