

Spett.le
Cronos Vita Assicurazioni S.p.A.
Via Fra Riccardo Pampuri n. 13
20141 MILANO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto....., nato a....., il....., CF
....., Iscritto alla forma di previdenza complementare n. albo
Covip con la posizione n. _____ (di seguito la: "**Posizione**") consapevole che, ai sensi dell'art. 76
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi o contenenti dati
non rispondenti (o non più rispondenti) a verità sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in
materia, in relazione alla richiesta di liquidazione della Posizione per: *[Barrare una sola delle opzioni che siano coerenti
con il modulo di richiesta cui tale dichiarazione è allegata]*

- riscatto totale per **perdita dei requisiti**;
- riscatto parziale per **inoccupazione di almeno 12 mesi**;
- riscatto totale per **inoccupazione superiore a 48 mesi**;
- RITA con anticipo di non oltre 10 anni rispetto alla maturazione del requisito anagrafico previsto per la
pensione di vecchiaia e con **inoccupazione di almeno 24 mesi**.

non avendo reso la dichiarazione di immediata disponibilità al lavoro (DID) agli uffici competenti e al fine di attestare la
condizione di **non occupazione** prevista dall'art.19 comma 7 del D. Lgs 150/2015, secondo quanto precisato con
Circolari n. 34 del 23 dicembre 2015 e n. 5090 del 4 aprile 2016 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali

DICHIARA

- di non aver svolto e di non svolgere attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma
dal _____ ad oggi;

ovvero

- di non avere svolto e di non svolgere attività lavorativa, in forma subordinata, parasubordinata o autonoma da
cui abbia ricavato un reddito annuo superiore al reddito minimo escluso da imposizione
dal _____ ad oggi *[attualmente per lavoratori dipendenti la soglia è di 8.145 euro per
reddito prodotto nell'anno; per lavoratori autonomi il suddetto limite è di 4.800 euro]*

DICHIARA ALTRESI'

- di aver ricevuto e preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, riportata
in calce e di prestare, con la sottoscrizione della presente, consenso al trattamento dei suoi dati personali;
- di autorizzare codesta società, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 71, comma 4, del D.P.R. n. 445 del 2000, a
verificare presso le competenti amministrazioni la veridicità di quanto dichiarato dal sottoscritto.

Il sottoscritto si impegna altresì a produrre, su richiesta della Cronos Vita Assicurazioni, la documentazione idonea a confermare la veridicità dei dati dichiarati.

Luogo e data

(firma del dichiarante per esteso e leggibile*)

*sottoscrizione da autenticare a cura di un notaio, cancelliere, segretario comunale o dipendente incaricato dal sindaco ex art. 21, comma 2, D.P.R. 445/2000.

AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

La firma sopra riportata è stata apposta in mia presenza dal/dalla dichiarante

Sig./Sig.ra..... previo accertamento della sua identità a mezzo di.....

Luogo e data.....

Firma del notaio, cancelliere, segretario comunale o dipendente incaricato dal Sindaco

INFORMATIVA PRIVACY (ex Regolamento UE 2016/679)

Si comunica che il trattamento dei dati personali forniti dalla S.V. avverrà in conformità alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs 30 giugno 2003, n.196. I dati, che saranno trattati presso CRONOS VITA ASSICURAZIONI S.p.A., sono necessari per l'accertamento dei requisiti suindicati. I dati saranno trattati esclusivamente ai predetti fini anche mediante procedure informatiche e non saranno comunicati né diffusi all'esterno, salva la facoltà di verificarne la veridicità presso le competenti amministrazioni. La S.V. potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15 e ss del Regolamento UE 2016/679 che prevede, fra gli altri, il diritto di accesso ai propri dati personali, il diritto di rettificare, aggiornare, completare o cancellare i dati erronei o incompleti, nonché il diritto di opporsi al trattamento per motivi legittimi - nei confronti del titolare del trattamento (CRONOS VITA ASSICURAZIONI S.p.A.) ovvero nei confronti del responsabile di tale trattamento. Sarà cura della S.V. comunicare tempestivamente la modifica o l'integrazione dei dati forniti, qualora rilevanti ai fini dell'accertamento dei requisiti.