



DOMANDA DI RISCATTO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato il _____ a _____ Prov. _____ residente in _____ Prov. _____

Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____

e-mail _____ pec _____ cell. _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 16 del Regolamento di Attuazione allo Statuto dell'Ente, di esercitare il diritto di riscatto per i seguenti periodi (barrare le caselle interessate).

Per una corretta compilazione si consiglia la lettura dell'art. 2 del Regolamento del Riscatto degli anni di laurea e del servizio militare pubblicato nella sezione "Trasparenza/Atti di carattere generale/Normativa" del sito www.enpav.it. Il periodo minimo di riscatto è pari a 6 mesi o a multipli di 6.

Nel caso di riscatto di periodi non continuativi afferenti la stessa tipologia, compilare più righe.

- | | | | | |
|--------------------------|--|-----------|----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | corso di laurea | anni..... | dal..... | al..... |
| <input type="checkbox"/> | corso di laurea | anni..... | dal..... | al..... |
| <input type="checkbox"/> | corso di laurea | anni..... | dal..... | al..... |
| <input type="checkbox"/> | servizio militare obbligatorio/servizio civile | anni..... | dal..... | al..... |
| <input type="checkbox"/> | scuola di specializzazione/tirocini | anni..... | dal..... | al..... |
| <input type="checkbox"/> | scuola di specializzazione/tirocini | anni..... | dal..... | al..... |
| <input type="checkbox"/> | scuola di specializzazione/tirocini | anni..... | dal..... | al..... |

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto di dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000)



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57

web: www.enpav.it . e-mail: enpav@enpav.it - enpav@pec.it
Codice Fiscale 80082330582



ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA
E ASSISTENZA VETERINARI

DICHIARA

1. di essere iscritto all'Albo Professionale di..... dal.....
2. di essere in regola con il pagamento dei contributi e con le comunicazioni obbligatorie all'ENPAV (Modello 1);
3. che gli anni per i quali chiede il riscatto non sono già coperti da altra forma di contribuzione obbligatoria, volontaria o facoltativa;
4. di non aver già integralmente riscattato i medesimi periodi presso altra Cassa o Ente previdenziale pubblico o privato.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003

Si fa presente che i dati acquisiti per l'espletamento dell'istruttoria necessaria all'emanazione del provvedimento di riscatto verranno trattati nel rispetto delle previsioni del D. Lgs. 196/2003, con particolare riferimento agli obblighi di riservatezza e sicurezza. Sarà comunque consentito l'accesso a tali dati con la facoltà di chiederne l'aggiornamento o la cancellazione.

Data.....

.....
(Firma leggibile)

Alla domanda deve essere allegata una fotocopia leggibile di un documento d'identità valido e copia della seguente documentazione:

- 1) certificato rilasciato dall'Università degli Studi competente, o una dichiarazione sostitutiva, che attesti la durata legale del corso di laurea e l'anno di immatricolazione.
- 2) foglio matricolare rilasciato dalle autorità competenti, o una dichiarazione sostitutiva, che attesti il periodo di servizio militare o servizio civile sostitutivo.
- 3) certificato rilasciato dall'Università degli Studi competente, o una dichiarazione sostitutiva, che attesti il periodo del corso di specializzazione, la materia del corso ed il conseguimento del titolo.
- 4) dichiarazione del datore di lavoro che evidenzi l'attività svolta dal tirocinante, il periodo e durata del tirocinio.



Via Castelfidardo, 41 - 00185 Roma
Tel. 06/492.001 – Fax 06/492.003.57

web: www.enpav.it . e-mail: enpav@enpav.it - enpav@pec.it

Codice Fiscale 80082330582

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

Il sottoscritto _____, nato a _____ () il _____, residente a _____ () in _____ n.____, Codice fiscale _____, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che, come previsto dall'art. 75 della medesima norma, qualora emerga la non veridicità del contenuto di questa dichiarazione decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera; consapevole inoltre delle sanzioni penali stabilite dall'art. 76 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

(Barrare le caselle interessate)

- Che si è immatricolato nell'anno _____ presso _____ per l'anno accademico ____/____ al primo anno del corso di laurea in medicina veterinaria;
- Che la durata legale del corso di laurea in medicina veterinaria è di anni _____;
- Che ha iniziato il corso di specializzazione/tirocini
- Che la durata del corso di specializzazione/tirocini è di anni _____;
- Che ha svolto servizio militare/servizio civile sostitutivo presso _____ per il periodo dal _____ al _____;

Luogo e data

Firma

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del funzionario incaricato a ricevere la documentazione ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.