



**Al Direttore del Servizio Unico Metropolitan
 Amministrazione Personale
 Azienda USL – Imola**

**RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DEL DATORE DI LAVORO IN RELAZIONE ALLE ATTIVITA'
 LAVORATIVE DI CUI ALL'ALLEGATO A DEL D.P.C.M. DEL 23 MAGGIO 2017 n. 87**
 (riduzione del requisito contributivo di accesso al pensionamento anticipato per i lavoratori cosiddetti precoci)
(MOD. INPS. AP116)

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____, matricola n. _____, dipendente di questa Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nella posizione funzionale di _____, chiedo la compilazione del mod. INPS AP116 necessario al fine della presentazione della domanda all'INPS Gestione Pubblica volta ad ottenere l'accesso anticipato al pensionamento per i lavoratori cosiddetti precoci ai sensi della Legge dell'11 dicembre 2016, n. 232, commi da 199 a 205.

A tal fine dichiaro:

di essere nelle condizioni contributive di cui all'art. 1, comma 199 della L. 232/2016 (*almeno dodici mesi di contribuzione per periodi di lavoro effettivo prima del 19° anno di età*)

ed inoltre:

di trovarmi in una delle seguenti condizioni di cui all'art. 3, comma 1, lettera b) e d), del DPCM del 23/05/2017 n. 87:

al momento della richiesta assiste da almeno sei mesi il coniuge, la persona in unione civile o un parente di primo grado, convivente, con handicap in situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

oppure:

alla data della domanda di accesso al beneficio svolge, in via continuativa, una o più delle attività sotto elencate e precisamente:

Personale delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche ospedaliere con lavoro organizzato in turni, da almeno 6 anni

lavoratore notturno che ha svolto almeno 64 turni notturni all'anno:

per almeno sette anni negli ultimi 10 anni di servizio

oppure

per almeno la metà della vita lavorativa complessiva

In quest'ultimo caso dichiaro che la mia vita lavorativa:

si è svolta tutta in questa Azienda

oppure

dal _____ al _____ attività _____ Ente _____

dal _____ al _____ attività _____ Ente _____

Chiedo infine che la suddetta documentazione mi sia recapitata con le seguenti modalità:

- invio tramite posta all'indirizzo sotto indicato
- invio al Patronato da me delegato (vedasi delega allegata)
- invio tramite Posta Elettronica Certificata (vedasi indirizzo sotto indicato)
- invio sulla casella di posta elettronica istituzionale (vedasi indirizzo sotto indicato)

Domicilio o Recapito presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione:

_____ n. tel./cell. _____

MAIL ISTITUZIONALE: _____ **PEC:** _____

Il/la sottoscritto/a consente espressamente all'Azienda U.S.L. di Imola il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nel rispetto della vigente normativa a tutela della privacy.

Distintamente.

Imola, _____

Firma _____