



**Al Direttore del SUMAP**  
**Azienda USL – Imola**

**RICHIESTA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER PRESENTARE LA DOMANDA PER L'ACCESSO AL TRATTAMENTO PENSIONISTICO ANTICIPATO PER GLI ADDETTI ALLE LAVORAZIONI PARTICOLARMENTE FATICOSE E PESANTI**

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 il rilascio della documentazione necessaria per presentare la domanda all'INPS gestione pubblica volta ad ottenere l'accesso anticipato al pensionamento per i lavoratori notturni il cui orario di lavoro sia inserito nel quadro di lavoro a turni di cui all'articolo 1 comma 2 lettera g) del D.Lgs. 66/2003.

A tal fine dichiaro di aver svolto:

1) la suddetta attività usurante per almeno 7 anni negli ultimi 10 anni di servizio

oppure

2) 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 \_\_\_\_\_

di possedere i seguenti requisiti di età anagrafica e contributiva:

(barrare la voce che interessa di colonna 2 o 3 o 4)

<input type="checkbox"/>	<b>Maturazione requisiti</b>	<b>2 da 64 a 71 notti</b>	<b>3 da 72 a 77 notti</b>	<b>4 da 78 notti</b>
	Anni 2017 e 2018	<input checked="" type="checkbox"/> 63 anni e sette mesi con quota 99 e sei mesi	<input checked="" type="checkbox"/> 62 anni e sette mesi con quota 98 e sei mesi	<input checked="" type="checkbox"/> 61 anni e sette mesi con quota 97 e sei mesi

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 \_\_\_\_\_