



## Domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi per i liberi professionisti

(art. 1, comma 1, Legge 05 marzo 1990 n.45)

La ricongiunzione dei contributi è quell'istituto che permette, a chi ha posizioni assicurative in gestioni previdenziali diverse, di riunire, mediante trasferimento, tutti i periodi contributivi presso un'unica gestione, allo scopo di ottenere una sola pensione.

La legge n. 45/1990 dà la possibilità al lavoratore dipendente pubblico o privato, o al lavoratore autonomo, di ricongiungere, presso la gestione a cui è iscritto, la contribuzione versata nelle forme obbligatorie di previdenza per i liberi professionisti.

In alternativa, dopo il compimento dell'età pensionabile, la ricongiunzione può essere richiesta presso una gestione diversa da quella di iscrizione, a condizione che vi si possa far valere almeno dieci anni di contribuzione obbligatoria relativa ad attività effettivamente esercitata.

La ricongiunzione dei periodi assicurativi per i liberi professionisti avviene a domanda del diretto interessato o dei suoi superstiti entro due anni dal decesso e deve comprendere tutti i periodi di contribuzione (obbligatoria, volontaria, figurativa, da riscatto) che il lavoratore ha maturato fino al momento della richiesta.

La ricongiunzione è a titolo oneroso. Il pagamento della somma può essere effettuato, su domanda, in un numero di rate mensili non superiore alla metà delle mensilità corrispondenti ai periodi ricongiunti, con la maggiorazione degli interessi.

### ● Documenti da allegare

**Nel caso di domanda presentata dal superstite che non è titolare di pensione di reversibilità e non ne ha presentato domanda:**

- autocertificazione attestante la morte del lavoratore
- autocertificazione attestante la composizione del nucleo familiare del lavoratore aggiornato alla data di morte e se si tratta di vedova inabile, di orfano di età superiore ai 18 anni inabile, ovvero di fratello o sorella, il certificato medico redatto sul modulo SS3\*

\* Moduli e schemi di autocertificazione disponibili presso i nostri uffici o sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it)



## Domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi per i liberi professionisti - 1/3

(art. 1, comma 1, Legge 05 marzo 1990 n.45)

ALL'UFFICIO INPS DI \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ NATO/A IL GG/MM/AAAA \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TELEFONO\* \_\_\_\_\_ CELLULARE\* \_\_\_\_\_

INDIRIZZO E-MAIL\* \_\_\_\_\_

In qualità di:

- lavoratore interessato
- superstite del lavoratore \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_

### Chiedo

la ricongiunzione - presso la Gestione previdenziale \_\_\_\_\_ - di tutti i periodi assicurativi sottoindicati (contrassegnare le caselle che interessano):

- Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Gestione previdenziale \_\_\_\_\_
- Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Gestione previdenziale \_\_\_\_\_
- Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Gestione previdenziale \_\_\_\_\_
- Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Gestione previdenziale \_\_\_\_\_

### A tal fine dichiaro sotto la mia responsabilità civile e penale (ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. 445/2000) che :

- ho esercitato la facoltà di ricongiunzione in passato  
Ente previdenziale, sede territoriale e data di presentazione della domanda:  
\_\_\_\_\_
- non ho esercitato la facoltà di ricongiunzione in passato

### Dichiaro

- di aver presentato domanda di pensionamento  
Ente previdenziale, sede territoriale e data di presentazione della domanda:  
\_\_\_\_\_
- di non aver presentato domanda di pensionamento

\* Dati facoltativi



## Domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi per i liberi professionisti - 2/3

(art. 1, comma 1, Legge 05 marzo 1990 n.45)

### ● Note

-----

-----

-----

-----

-----

### ● Dichiaro

di rimanere in attesa di conoscere l'ammontare del capitale occorrente per la ricongiunzione e le modalità di versamento.

#### In caso di domanda presentata dal superstite

Lavoratore deceduto ----- nato il ----- a ----- prov. -----

#### ● Dichiaro

- di essere titolare di pensione di reversibilità

certificato n. ----- categoria ----- in carico presso la Sede di -----

- di non essere titolare di pensione di reversibilità

#### ● Dichiaro

- di aver presentato domanda di pensione di reversibilità

presso la sede INPS di -----

- di non aver presentato domanda di pensione di reversibilità

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

E', inoltre, consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

Il sottoscritto dichiara che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data -----

Firma del richiedente -----



## Domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi per i liberi professionisti - 3/3

(art. 1, comma 1, Legge 05 marzo 1990 n.45)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

*L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.*

*Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.*

*I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.*

*Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.*

*L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*