

**DICHIARAZIONE DEI SERVIZI E/O PERIODI VALUTABILI AI FINI DEL  
TRATTAMENTO PENSIONISTICO (ART. 2 D.P.R. 351/1998)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

( specificare se trattasi personale dipendente degli enti locali immessi in ruolo ex lege n. 124/ 1999)

Classe di concorso \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento pensionistico, ai sensi dell'art. 2 comma 1 del D.P.R. 28-4-1998 n° 351,

**D I C H I A R A**

Ai sensi del T..U. sulla documentazione amministrativa D.P.R. n. 445/2000, e a conoscenza delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità, ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento di cui all' art. 1, comma 5, del DPR 28/4/98 N. 351, i seguenti servizi e periodi, per i quali non gode di altro trattamento pensionistico:

|   | Anni | Mesi | Giorni |
|---|------|------|--------|
| <b>SERVIZIO DI RUOLO</b> dal _____ al _____ ➤ |      |      |        |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>SERVIZIO NON DI RUOLO</b>  |  |  |  |
| Con ritenute in <b>Conto entrate Tesoro</b> dal _____ al _____ ➤              |  |  |  |
| Valutabile ex art. 142. (Serv. prestato dalla dec giur.) dal _____ al _____ ➤ |  |  |  |
| Comune CPDEL dal _____ al _____ ➤   |  |  |  |

☐ **SERVIZIO GIA' COMPUTATO E/O RISCATTATO**  
☐ **SERVIZIO DA COMPUTARE E/O RISCATTARE CON  
DOMANDA VALIDA**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| DPR 1092/73 e successive modifiche dal _____ al _____ ➤ |  |  |  |
| Servizio Militare dal _____ al _____ ➤                  |  |  |  |
| Studi Universitari dal _____ al _____ ➤                 |  |  |  |

☐ **SERVIZIO RICONGIUNTO**

☐ **SERVIZIO RICONGIUNGIBILE CON DOMANDA VALIDA**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Legge n. 29/79 e legge n.45/90 dal _____ al _____ ➤       |  |  |  |
| Maternità Decreto Legislativo 151/01 dal _____ al _____ ➤ |  |  |  |

**TOTALE**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Interruzioni del servizio senza trattamento economico da detrarre(*) ➤ |  |  |  |
| <b>TOTALE ANZIANITA' VALIDA A PENSIONE</b> ➤                           |  |  |  |
| Eventuali maggiorazioni del servizio ➤                                 |  |  |  |
| <b>TOTALE ANZIANITA' UTILE A PENSIONE</b> ➤                            |  |  |  |

(\*)Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente eventuali ulteriori interruzioni del servizio senza trattamento economico che si dovessero verificare dalla data odierna fino a quella del collocamento a riposo.

Il sottoscritto/a è a conoscenza che, per la valutazione dei servizi o periodi suindicati, è necessaria la presentazione di apposita domanda ai sensi dell'art. 147 del D.P.R. 1092/73 e successive modificazioni e/o integrazioni per il computo con o senza riscatto e, ai sensi delle leggi 523/54, 44/73, 29/79 e 45/90, per la ricongiunzione.

Roma, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_