



FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI

Segreteria Provinciale

Banchi di Sopra 48 - 53100 SIENA - Tel. e fax 0577 / 288406

Web: www.fabisiena.it e-mail: fabi@fabisiena.it PEC: fabisiena@tiscalipec.it

Banca MPS

Calcolo dell'assegno straordinario, della decorrenza e dell'importo relativo alla pensione

In considerazione delle numerose richieste che già stiamo ricevendo e dell'elevato interesse da parte dei soggetti coinvolti alla probabile operazione di attivazione del Fondo di Solidarietà in Banca MPS, la FABI di Siena ha già preso contatti con il patronato ACLI per rispondere alle esigenze dei colleghi.

Precisando che tutti gli elementi saranno resi noti solo dopo il confronto e l'accordo tra OO.SS. e Banca, **invitiamo quanti desiderano comunque attivarsi già da adesso** per richiedere il calcolo dell'assegno, l'importo e la decorrenza della pensione, a inoltrare una richiesta via e-mail a fabi@fabisiena.it e p.cerrone@fabi.it, allegando la documentazione richiesta, debitamente compilata e firmata.

Il seguente servizio è svolto a titolo gratuito da parte della FABI di Siena ed è riservato agli iscritti alla propria struttura.



Elenco documenti per il calcolo della decorrenza e dell'importo della pensione e dell'importo assegno straordinario:

- 1) copia documento identità e codice fiscale del richiedente;
- 2) mandato di assistenza e rappresentanza e scheda dati anagrafici firma dal richiedente/assistito (vedi pagine seguenti);
- 3) numero telefono del richiedente e indirizzo e-mail;
- 4) nome e cognome e codice fiscale del coniuge e data di matrimonio. Oppure la data del divorziato, della separato o del decesso del coniuge;
- 5) se invalido, copia del verbale della Commissione medica dove è indicata la percentuale di invalidità (da 0 a 100);
- 6) se ha fatto il militare o il servizio civile indicare la data di inizio e di fine;
- 7) indicare la data di nascita del figlio o dei figli;
- 8) copia buste paghe: dell'ultima mensilità e dell'ultima tredicesima;
- 9) copia Ecocert; se non posseduto, è possibile richiederlo all'ACLI insieme agli altri documenti

Siena, 29 giugno 2022



LA SEGRETERIA

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

(attività di cui all'art. 10 c.3 della L. 152/01, come modificato dalla legge n. 190/14, agli artt. 2 e 3 del DM 16 settembre 2015 ed alla convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 27 gennaio 2017)

Dati Assistito

Io sottoscritto/a

data di nascita

comune di nascita

Sesso M F

codice fiscale

cittadinanza

indirizzo

numero civico

C.A.P.

città

cellulare

con il presente atto, conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi, ai sensi dell'art. 10 comma 3 della legge n. 152/01, degli artt. 2 e 3 del DM del 16 settembre 2015 "Individuazione delle prestazioni non rientranti nel finanziamento per le quali e' ammesso il pagamento di un contributo per l'erogazione del servizio a favore degli Istituti di patronato e di assistenza sociali, da parte dell'utenza o degli enti pubblici beneficiari", e della convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 27 gennaio 2017, al Patronato ACLI Sede di Siena presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art.47 C.C., nei confronti dell'ente INPS per lo svolgimento della pratica relativa a

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

firma
(assistito)

Dati Operatore

cognome

nome

data

sede Siena

firma
(operatore)

timbro

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto/a

presa visione dell'informativa resa ai sensi del Regolamento (UE) del Parlamento Europeo e del Consiglio n°679/2006 (GDPR) autorizzo il trattamento dei dati personali anche sensibili, secondo le modalità enunciate:

- per consentire il perseguimento delle finalità ivi indicate.

firma

- per le finalità divulgative e/o promozionali circa le attività, i prodotti e i servizi del Titolare e dei soggetti convenzionati con / promossi o partecipati da quest'ultimo.

Presta il consenso Nega il consenso

- per le finalità divulgative e promozionali circa le attività, i prodotti e i servizi di soggetti terzi.

Presta il consenso Nega il consenso

- anche mediante analisi delle abitudini e delle preferenze al fine di personalizzare le comunicazioni per le finalità divulgative e promozionali su espresse.

Presta il consenso Nega il consenso

data

firma

N.B.: il mandato si perfeziona con data, timbro e firma dell'operatore del Patronato

DATI ANAGRAFICI:

NOME:COGNOME:

DATA DI NASCITA:/...../.....LUOGO DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

INDIRIZZO:PROV.:

E-MAIL: RECAPITO TELEFONICO:

CODICE IBAN PER EVENTUALE PRESTAZIONE:

STATO CIVILE:DATA EVENTUALE MATRIMONIO: .../.../.....

NOME CONIUGE:COGNOME CONIUGE:

DATA NASCITA CONIUGE:/...../.....LUOGO NASCITA CONIUGE:

DATA EVENTUALE SEPARAZIONE/DIVORZIO/DECESSO CONIUGE:/...../.....

SERVIZIO MILITARE: NO SI DAL .../.../..... AL .../.../.....

DATI ANAGRAFICI FIGLI:

• NOME:COGNOME:

DATA DI NASCITA:/...../.....LUOGO DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

• NOME:COGNOME:

DATA DI NASCITA:/...../.....LUOGO DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

• NOME:COGNOME:

DATA DI NASCITA:/...../.....LUOGO DI NASCITA:

CODICE FISCALE:

NB: ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'