

all'INPDAP
 Gestione Autonoma Istituti
 di Previdenza
 V.le A. Diaz, 35
 09100 C A G L I A R I

e, p.c. All'INPS
 Sede di _____

oggetto: domanda di ricongiunzione di periodi
 assicurativi (art. 2 L. 29/79):

All'Assessorato AA.GG.
 Servizio del Personale
 V.le Trieste, 190
 09100 C A G L I A R I

dell'iscritto

n. di posizione	cognome e nome (1)	sesso	nato il	a

deceduto il _____

ovvero del superstite

relazione di parentela	cognome e nome (1)	sesso	nato il	a

Ente di appartenenza dell'iscritto

codice	denominazione e sede
21002418	Regione Autonoma della Sardegna

data di assunzione _____ data di iscrizione CPDEL (ora INPDAP) _____

Gestioni previdenziali presso le quali sono stati accreditati contributi per i periodi di cui si richiede la ricongiunzione

gestione previdenziale	sede provinciale (3)	sede zonale (3)	codici (2)	
			gestione	provincia

domicilio del richiedente

indirizzo	comune	provincia	C.A.P.

n. d'ordine (2)

data _____

firma _____

Allega certificato di nascita
 in carta semplice

- (1) Per le donne indicare il cognome da nubile;
 (2) I requisiti in grassetto sono riservati alla Dir.ne Gen.le degli Istituti di Previdenza;
 (3) Dati necessari da indicare.