

ELENCO DOCUMENTI RELATIVI ALLA RISCOSSIONE DELLE COMPETENZE DI FINE RAPPORTO IN CASO DI DECESSO DEL DIPENDENTE

1. Istanza degli eredi relativa alle somme da liquidare a titolo di reversibilità delle competenze di fine rapporto maturate dallo/a scomparso/a (**Mod. 3A**).
2. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa dal coniuge o in mancanza da altra persona avente diritto alla successione mortis causa che attesti le generalità degli eredi legittimi (o testamentari) del/della dipendente deceduto/a.
Dalla dichiarazione sostitutiva deve inoltre risultare se oltre al coniuge e/o ai figli convivevano con il/la dipendente ed erano a suo completo carico parenti entro il 3° grado e/o affini entro il 2° grado (**Mod. 3B**).
3. Modulo relativo alle indicazioni delle coordinate bancarie (**Mod. 3C**).
4. Dichiarazione per la richiesta di accesso alla pagina SIPER del dipendente deceduto per il prelievo di cedolini e CUD (**mod. 3D**)
5. Decreto di autorizzazione del giudice tutelare ad incassare quanto dovuto dal CNR, qualora vi siano figli minori superstiti.
6. Fotocopia dei codici fiscali degli aventi causa.
7. Fotocopia della carta di identità od altro documento di riconoscimento degli aventi causa.

N.B. Qualora il/la dipendente deceduto/a risulti da atti o documenti giurisdizionali o anagrafici divorziato/a occorre produrre, altresì, copia autenticata della sentenza di divorzio.

- ☐ *Istanza degli eredi relativa alle somme da liquidare a titolo di reversibilità delle competenze e di fine rapporto maturate dallo scomparso/a*
- ☐ *Istanza per la ripartizione delle competenze ⁽¹⁾*

*Al Consiglio Nazionale delle Ricerche
Direzione Centrale Gestione delle Risorse
Umane
Ufficio Trattamento Previdenziale
P.le A. Moro, n. 7
00185 ROMA*

Il/La/I sottoscritt
.....
erede/i del Sig./Sig.radeceduto/a il
già dipendente del CNR **chiede/chiedono** che le/gli venga/vengano corrisposte le competenze che sarebbero spettate al defunto dipendente.

Il/La/I sottoscritt... erede/i concorda/concordano, considerate le necessità familiari, che l'importo dell'indennità di anzianità, (comprensiva della quota di indennità integrativa speciale) maturata dal/dalla Sig./Sig.ra, già dipendente del CNR, deceduto/a il giorno e ad essi/a/i spettante venga così attribuito: ⁽¹⁾

o in parti uguali

o interamente erogato a favore di

o altro

Il/La/I sottoscritt..... dichiara/dichiarano, altresì, sotto la propria responsabilità consapevole/i delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445, **di non essere mai venuto/i a conoscenza di altri eventuali soggetti rivestenti la qualità di eredi legittimi, naturali e legittimati del defunto dipendente.**

Si prega di firmare in forma olografa e NON IN STAMPATELLO

Data,	IL/LA/I SOTTOSCRITT.....	DOCUMENTO
.....		
.....		
.....		
.....		

Attesto che ...l.../i dichiarant.... suddett.... identificat.... con il/i document... sopra indicato/i ha/hanno reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione, consapevole/i delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445, cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti, ed uso di atti falsi.

Il Dipendente addetto

.....

Timbro dell'Ufficio (qualifica)

(nome e cognome)

.....

⁽¹⁾ Barrare la casella che interessa

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, G.U. n. 30/L del 20.02.2001)

Non soggetta ad autenticazione della sottoscrizione se apposta in presenza del dipendente addetto competente a ricevere la documentazione ovvero qualora sia inviata (anche per fax) unitamente a fotocopia di un documento di riconoscimento valido del sottoscrittore

Esente da imposta di bollo (Art. 37 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a nato/a a
il residente in
dichiara, consapevole delle responsabilità penali di cui all'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, che la famiglia legittima del/della defunto/a
alla data del decesso (.....) era così composta:

COGNOME E NOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RESIDENZA (Città – Indirizzo - C.a.p.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Dichiara inoltre che alla data del decesso non convivevano con il/la Sig./Sig.ra parenti entro il 3° grado o affini entro il 2° grado a suo carico.

Dichiara infine che il/la Sig./Sig.ra
è deceduto/a in data senza lasciare testamento e che non è intervenuta sentenza di divorzio.

Data,

Firma

Documento

.....

.....

Da compilare a cura del dipendente addetto a ricevere la documentazione ai sensi dell'Art. 38 del D.P.R. 445/2000 qualora la dichiarazione venga sottoscritta in sua presenza

Attesto che il dichiarante Sig./Sig.ra sottoscrive in mia presenza la pagina della dichiarazione qui rilasciata.

Il dipendente addetto a ricevere la documentazione

Timbro dell'Ufficio

(Profilo e livello)

(Nome e Cognome)

Data,

Firma

Documento

.....

.....

<i>Da compilare a cura del dipendente addetto a ricevere la documentazione ai sensi dell'Art. 38 del D.P.R. 445/2000 qualora la dichiarazione venga sottoscritta in sua presenza</i>

Attesto che il dichiarante Sig./Sig.ra sottoscrive in mia presenza la pagina della dichiarazione qui rilasciata.

Timbro dell'Ufficio

Il dipendente addetto a ricevere la documentazione

(Profilo e livello)

(Nome e Cognome)

Oggetto: accreditalmento dell' indennità di anzianità/TFR

Il/La/I sottoscritt
ered.... legittim.... del/della dipendente matricola
n. , già in servizio presso
con sede in , deceduto/deceduta il
chiede/chiedono che l'indennità di anzianità sia erogata con le seguenti modalità:

A)	Accredito sul conto corrente bancario
	Banca
	Dipendenza
	N° del conto
	Intestazione del conto
	Cod. ABI CAB
	IBAN

Data,

Firma

.....

Dichiarazione per l'utilizzo dei servizi online dell'Amministrazione Centrale del Consiglio Nazionale delle Ricerche (SIPER)

Il sottoscritto _____ Codice fiscale _____

in qualità di erede del dipendente/ex dipendente deceduto:

Nome e cognome _____ Matricola CNR _____

Codice fiscale _____ deceduto in data _____

al fine di ottenere l'accesso ai dati personali del dipendente/ex dipendente deceduto presenti su SIPER (<https://siper.cnr.it>) e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Conviene:

- di essere identificato da parte del CNR mediante l'identificativo UTENTE attribuito dal CNR al dipendente/ex dipendente deceduto nel formato nome.cognome, salvo omonimie, e la password che dovrà essere ripristinata su <https://siper.cnr.it> (gestione password) a seguito della ricezione del codice PUK;
- di essere consapevole che l'id UTENTE e la PASSWORD sono elementi imprescindibili per la sicurezza del trattamento delle informazioni e che la password non deve essere comunicata a terzi;
- di riconoscere fin d'ora validi i dati trasmessi all'Amministrazione Centrale del CNR con l'utilizzo dei servizi online, ai quali ha accesso tramite l'id UTENTE del dipendente/ex dipendente deceduto e la propria password, al fine di un loro trattamento da parte delle applicazioni del CNR.

Chiede:

- il rilascio del codice PUK, utilizzabile una volta soltanto per la creazione di una propria password personale su <https://siper.cnr.it> (gestione password), al seguente indirizzo email:

Indirizzo Email per invio codice puk _____

Allega

- fotocopia di un proprio documento di identità in corso di validità e con firma leggibile ai sensi del DPR 445/2000 artt. 46 e 47:

Tipo e numero documento _____ **Data di scadenza** _____

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che, ai sensi del D.lgs. 196/2003, i dati personali forniti con il presente documento - nonché quelli già in possesso dell'Ente - saranno trattati solo ed esclusivamente per fini istituzionali allo scopo di abilitare l'utente che lo richiede alla fruizione dei servizi on-line dell'Amministrazione Centrale del CNR.

Data _____

Firma _____