

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ Art. 21 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 –  
con autentica di sottoscrizione - 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)

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

**ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento pensionistico, ai sensi dell'art. 2 c. 1 del D.P.R. 351/1998,**

**DICHIARA**

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 pensionistico di cui all' art. 1, c. 5, del DPR 351/1998, i seguenti servizi e periodi, per i quali non gode di altro trattamento pensionistico:

**SERVIZIO DI RUOLO** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ➤ 

Anni	Mesi	Giorni

**SERVIZIO NON DI RUOLO**

Con ritenute in **Conto entrate Tesoro** 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(\*) ➤ 

--	--	--

**TOTALE ANZIANITA' VALIDA A PENSIONE**

Eventuali maggiorazioni del servizio ➤ 

--	--	--

**TOTALE ANZIANITA' UTILE A PENSIONE**

(\*) 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.

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AUTENTICA DI SOTTOSCRIZIONE**

Ai sensi dell'art. 21 D.P.R. 445 del 28/12/2000, n. 445, attesto che la sottoscrizione della sopraestesa dichiarazione è stata apposta in mia presenza dal dichiarante, identificato previa esibizione

di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, rilasciato il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | da \_\_\_\_\_

Il funzionario Incaricato \_\_\_\_\_  
cognome nome e qualifica

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_