

Spett.le Enpaf
Viale Pasteur, 49 □
00144 ROMA

Oggetto: **assegno integrativo per pensioni dirette**

Il /La sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____
domiciliat_ in via _____ n° _____
CAP _____ località _____ (prov.) _____
Tel. _____ / _____

Avendo svolto attività professionale per un periodo superiore ai 15 anni

dal _____ al _____
presso _____ con la qualifica di _____
dal _____ al _____
presso _____ con la qualifica di _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 19 del Regolamento ENPAF la corresponsione dell'assegno integrativo, per i periodi sotto descritti in quanto non coperti da altra forma obbligatoria di previdenza per invalidità, vecchiaia e superstiti:

PERIODI RICHIESTI (indicare giorno , mese ed anno) E QUALIFICA RIVESTITA (indicare la denominazione, l'indirizzo e la località della sede presso la quale l'interessato ha prestato servizio):

dal _____ al _____ qualifica _____
presso _____
dal _____ al _____ qualifica _____
presso _____
dal _____ al _____ qualifica _____
presso _____
dal _____ al _____ qualifica _____
presso _____