

RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO DELL'ESTRATTO CONTO



ALLA SEDE INPS DI   	TIMBRO E DATA   (spazio riservato all'INPS)
-------------------------------	--

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ COGNOME/PER LE DONNE CONIUGATE INDICARE IL COGNOME DI NASCITA \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 COMUNE (O STATO ESTERO) \_\_\_\_\_

SESSO  M  F NAZIONALITA' (se straniera) \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_  
sigla internazionale dello Stato estero

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

**COMUNICO CHE L'ESTRATTO CONTO RICEVUTO CONTIENE ALCUNE ANOMALIE.  
 I DATI ESATTI SONO QUELLI RIPORTATI NEI QUADRI CHE SEGUONO.**

1. LAVORO DIPENDENTE NON AGRICOLO				
PERIODI		NUMERO DELLE SETTIMANE	RETRIBUZIONE	DENOMINAZIONE E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO (ove è possibile, anche matricola INPS dell'azienda)
DAL	AL			

SI ALLEGA COPIA DEL MOD. 0.1/M DEGLI ANNI \_\_\_\_\_

ALTRI DOCUMENTI (buste paga, libretto di lavoro, ecc.) \_\_\_\_\_

2. LAVORO DIPENDENTE AGRICOLO					
PERIODI		NUMERO		RETRIBUZIONE	COMUNE E PROVINCIA DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI OPPURE DATORE DI LAVORO PER I SALARIATI FISSI
DAL	AL	GIORNI	MESI		

DOCUMENTI ALLEGATI \_\_\_\_\_

### 3. LAVORO DOMESTICO

PERIODI		NUMERO DELLE ORE LAVORATE	RETRIBUZIONE ORARIA PERCEPITA	NOME, COGNOME E INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO
DAL	AL			

DOCUMENTI ALLEGATI \_\_\_\_\_

### 4. VERSAMENTI VOLONTARI (barrare i trimestri da sistemare)

ANNO	TRIMESTRI			
19. ....	<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> 2°	<input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> 4°
19. ....	<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> 2°	<input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> 4°

ANNO	TRIMESTRI			
19. ....	<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> 2°	<input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> 4°
19. ....	<input type="checkbox"/> 1°	<input type="checkbox"/> 2°	<input type="checkbox"/> 3°	<input type="checkbox"/> 4°

SI ALLEGA COPIA DEI BOLLETTINI DI VERSAMENTO DEI TRIMESTRI SEGUENTI:

19. ... / ...	19. ... / ...	19. ... / ...	19. ... / ...
---------------	---------------	---------------	---------------

ALTRI DOCUMENTI ALLEGATI \_\_\_\_\_

### 5. ARTIGIANI E COMMERCianti

PERIODI		NUMERO DEI MESI	QUALIFICA (barrare la relativa casella)	
DAL	AL		<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> COADIUVANTE
			<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> COADIUVANTE
			<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> COADIUVANTE
			<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> COADIUVANTE
			<input type="checkbox"/> TITOLARE	<input type="checkbox"/> COADIUVANTE

SI ALLEGA COPIA DEI BOLLETTINI DI VERSAMENTO DEGLI ANNI SEGUENTI:

19. ....	19. ....	19. ....	19. ....
----------	----------	----------	----------

ALTRI DOCUMENTI ALLEGATI \_\_\_\_\_

### 6. COLTIVATORI DIRETTI, MEZZADRI E COLONI

PERIODI		NUMERO DEI GIORNI	COMUNE E PROVINCIA DI LAVORO	TITOLARE DELL'AZIENDA
DAL	AL			

DOCUMENTI ALLEGATI \_\_\_\_\_

### 7. PERIODI FIGURATIVI

barrare la casella che interessa

DOCUMENTI ALLEGATI

- MALATTIA
- MALATTIA SPECIFICA (L. 88/1987)
- MATERNITA'
- SERVIZIO MILITARE
- CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI
- DISOCCUPAZIONE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 8. ALTRE RICHIESTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOCUMENTI ALLEGATI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In relazione a quanto prima indicato chiedo l'aggiornamento della mia posizione assicurativa

\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA

**DELEGA PER L'ENTE DI PATRONATO**

Io sottoscritto con il presente atto delego il Patronato \_\_\_\_\_  
ad assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29.7.1947, n. 804 e successive modificazioni e  
integrazioni, nei confronti dell'INPS per la sistemazione della mia posizione assicurativa. Il presente mandato può essere  
revocato solo per iscritto

\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA



\_\_\_\_\_

FIRMA DELL'OPERATORE DEL PATRONATO

\_\_\_\_\_

SIGLA DELL'ENTE

\_\_\_\_\_

ZONA

\_\_\_\_\_

N. PRATICA



RICEVUTA

SEDE DI \_\_\_\_\_

Il Signor \_\_\_\_\_ ha presentato richiesta di aggiornamento  
della posizione assicurativa.

\_\_\_\_\_

Timbro  
a data

\_\_\_\_\_

FIRMA DELL'IMPIEGATO