



Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per il Friuli Venezia Giulia –

Ufficio VI - Ambito territoriale per la Provincia di Udine

Via A. Diaz 60 – 33100 UDINE tel.: 0432 516111 - C.F. 80003960301

c: -- pec: uspu@postacert.istruzione.it - web www.istruzione.udine.it - e-mail: usp.ud@istruzione.it



AI DIRIGENTI SCOLASTICI
ISTITUTI SCOLASTICI DI OGNI ORDINE E GRADO
AT per la Provincia di UDINE Loro sedi

Al Sito Web

Sede

Oggetto: Cessazioni dal servizio dall'1/9/2017.

Al fine dell'accertamento dei requisiti pensionistici del personale che ha prodotto domanda di cessazione on line a decorrere dall'1/9/2017, con riconoscimento dei requisiti maturati, si invitano le istituzioni scolastiche a trasmettere all'e-mail della segreteria dell'UST di Udine il modello aggiornato per la dichiarazione dei servizi, compilato dal personale dimissionario - Mod. A. Verrà contestualmente inviata in allegato tutta la documentazione relativa ai periodi dichiarati (compresa la dichiarazione delle assenze non retribuite), nel rispetto della L. 183/2011.

Si fa presente che il personale da collocare a riposo d'ufficio (coloro che compiono entro il 31/8/2017 anni 66 e mesi 7 d'età anagrafica unitamente a 20 anni di anzianità contributiva oppure anni 65 d'età con diritto alla pensione anticipata entro la stessa data) non deve produrre domanda di cessazione , in quanto per tale personale l'istituzione scolastica predisporrà quanto prima il provvedimento di risoluzione del rapporto di lavoro per raggiunti limiti d'età e contestualmente inserirà al SIDI la cessazione con codice CS01.

Qualora qualche dipendente da collocare a riposo d'ufficio avesse già prodotto domanda di cessazione on line provvederà l'istituzione scolastica a variare al SIDI il codice da CS10 a CS01, dopo aver inviato all'interessato e quest'Ufficio per conoscenza il provvedimento di risoluzione del rapporto di lavoro. La differente causale di cessazione rileva ai fini dei tempi di pagamento del TFS

Successivamente alla convalida delle cessazioni al SIDI verrà trasmessa allo stesso indirizzo e-mail la documentazione utile per l'istruzione dei prospetti di pensione e buonuscita:

- dichiarazione cumulativa- Mod. B e richiesta di accredito per il TFS (a cura degli interessati)
- dichiarazione assenze retribuite parzialmente
- dichiarazione trattenute riscatti buonuscita
- eventuale trattenuta L.75/80, per periodi pregressi all'1/6/1979
- ricostruzione di carriera (nel caso non risultasse aggiornato al SIDI il foglio matricolare).

Si consiglia di predisporre per ogni pensionando una cartella nominativa che contenga tutta la documentazione.

Si ringrazia per la collaborazione

Il Dirigente titolare

Pietro Biasiol

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

Il referente Olimpia Cainero

Firmato digitalmente da
BIASIOL PIETRO
C=IT
O=MINISTERO ISTRUZIONE
UNIVERSITA' E
RICERCA/80185250588

DICHIARAZIONE DEI SERVIZI

Il sottoscritto/a _____ -

nato/a a _____ il _____

codice fiscale n. _____ classe/profilo _____

ai fini dell'accertamento del diritto al trattamento pensionistico di cui all'art. 1, comma 5 del D.P.R. 28/04/1998, n. 351

DICHIARA

sotto la propria responsabilità i seguenti servizi e periodi per i quali NON GODE di altro trattamento pensionistico

- **SERVIZIO DI RUOLO**

Decorrenza giuridica dal _____ Decorrenza economica dal _____

- **SERVIZIO MILITARE O EQUIPARATO**

Dal _____ Al _____

- **CORSO LEGALE STUDI UNIVERSITARI**

Dal _____ Al _____

- **SERVIZIO PRE-RUOLO RISCATTATO / COMPUTATO CON DECRETO DPR 1092/73 DELL'UFFICIO SCOL. TERRITORIALE PER UN TOTALE DI :**

AA. _____ MM. _____ GG. _____

- **SERVIZIO RICONGIUNTO AI SENSI DELLA L. 29/79 CON DECRETO DELL'UFFICIO SCOLASTICO TERRITORIALE PER UN TOTALE DI:**

AA. _____ MM. _____ GG. _____

- **SERVIZI PER I QUALI L'INPS HA GIA' EMESSO DETERMINA PER UN TOTALE DI:**

RISCATTATI AA. _____ MM. _____ GG. _____

COMPUTATI AA. _____ MM. _____ GG. _____

RICONGIUNTI L. 29/79 AA. _____ MM. _____ GG. _____

RICONGIUNTI L.45/90 AA. _____ MM. _____ GG. _____

- **SERVIZI PRE-RUOLO CHIESTI PRIMA DELL'1/9/2000 PER I QUALI L'UST NON HA ANCORA EMESSO PROVVEDIMENTO:**

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

- **SERVIZI CHIESTI ALL'INPS DOPO L'1/9/2000 CON DOMANDA DEL _____ PER I QUALI NON E' STATO ANCORA EMESSO PROVVEDIMENTO:**

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

DAL _____ AL _____

- **SERVIZIO NON DI RUOLO GIA' UTILI PER LA PENSIONE (con versamento contributi Conto Tesoro, ex Inpdap, CPDEL...)**

	Ente Prev.	Ore sett.	Qualità serv.
Dal _____ Al _____	_____	_____	_____
Dal _____ Al _____	_____	_____	_____
Dal _____ Al _____	_____	_____	_____
Dal _____ Al _____	_____	_____	_____
Dal _____ Al _____	_____	_____	_____
Dal _____ Al _____	_____	_____	_____

- **ASSENZE CHE HANNO COMPORTATO SOSPENSIONE DI STIPENDIO**

Dal _____ Al _____

Dal _____ Al _____

Dal _____ Al _____

- **SERVIZI PER I QUALI HA DIRITTO A SUPERVALUTAZIONE :**
tipo di servizio

Dal _____ Al _____

Data _____

Firma _____

ALL'UFFICIO SCOLASTICO
TERRITORIALE
33100 UDINE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ classe/profilo _____

a conoscenza di quanto previsto dal D.P.R. 445/00 sulle dichiarazioni mendaci

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità:

di essere nato a _____ il _____

di eleggere il proprio domicilio nel comune di _____
via _____ n. _____ C AP _____

- di non essere in godimento di altra pensione
 di essere in godimento di altra pensione n. _____
erogata da _____ il _____

- di NON avere fruito di ASPETTATIVE senza assegni
 di AVERE fruito delle seguenti ASPETTATIVE SENZA ASSEGNI

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

- di non aver fruito di periodi con riduzione di stipendio
 di avere fruito dei seguenti PERIODI CON RIDUZIONE di STIPENDIO:

dal _____ al _____
causale _____ Percentuale di riduzione _____

dal _____ al _____
causale _____ Percentuale di riduzione _____

dal _____ al _____
causale _____ Percentuale di riduzione _____

dal _____ al _____
causale _____ Percentuale di riduzione _____

dal _____ al _____
causale _____ Percentuale di riduzione _____

- di NON aver prestato servizio a TEMPO PARZIALE
- di aver prestato servizio a TEMPO PARZIALE

dal _____ al _____ per n. _____ ore settimanali

- Di aver usufruito di congedi previsti dall'art. 42 del D.LSVO 151 per assistenza a portatori di handicap nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

- di NON AVERE PROCEDIMENTI DISCIPLINARI IN CORSO
- di AVERE PROCEDIMENTI DISCIPLINARI IN CORSO

- di non avere riscosso INDENNITÀ DI FINE SERVIZIO
- di avere riscosso INDENNITÀ DI FINE SERVIZI

- di NON aver aderito al fondo ESPERO.
- di avere aderito al fondo ESPERO dal _____ come da allegato foglio di adesione

- di avere diritto all'attribuzione dei benefici previsti all'art. 2 della Legge 336/70

RECAPITO TELEFONICO _____

INDIRIZZO E-MAIL (NON ISTITUZIONALE)

Luogo e data _____

Firma _____

Si allegano copia della carta d'identità e copia del codice fiscale