



CASSA MUTUA

di Previdenza ed Assistenza Dipendenti

Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste

(ERETTA IN ENTE MORALE CON D.P.R. 06.03.60 n. 327 - G.U. n.96 DEL 20.04.60)

Mod.6

DOMANDA DI LIQUIDAZIONE

Inviare in un unico file il modulo di domanda e la documentazione richiesta all'indirizzo di posta elettronica:
cassamutua@masaf.gov.it

Socio n° _____ Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____ Prov. _____

Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Telefono abitazione _____ Cellulare _____

e-mail _____ pec _____

Dipendente di:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Min. Agricoltura, Sovr. Alimentare e delle Foreste | <input type="checkbox"/> Arma dei Carabinieri CIP _____ |
| <input type="checkbox"/> Vigili del Fuoco | <input type="checkbox"/> Min. Economia Finanza |
| <input type="checkbox"/> Polizia di Stato | <input type="checkbox"/> AGEA |
| <input type="checkbox"/> Guardia di Finanza | <input type="checkbox"/> Min. Grazia Giustizia |
| <input type="checkbox"/> Min. Difesa - OTI | <input type="checkbox"/> Min. Università Ricerca |
| <input type="checkbox"/> Min. Beni Culturali | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Crea | |

Sede lavorativa (ufficio di appartenenza) _____

Città _____ Provincia _____ in Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Qualifica _____

Telefono ufficio _____ e-mail ufficio _____

CHIEDE

in virtù di quanto previsto dal vigente Statuto e di quanto deliberato dalle Assemblee Generali, che venga corrisposta la liquidazione per:

- DIMISSIONI DALLA CASSA MUTUA - (Allegare documenti 1,2,5)
- COLLOCAMENTO A RIPOSO PER LIMITI DI ETA' - (Allegare documenti 1,2,3)
- COLLOCAMENTO A RIPOSO PER INVALIDITA' PERMANENTE - (Allegare documenti 1,2,4)
- DIMISSIONI DALL'IMPIEGO (compreso pensionamento a domanda) - (Allegare documenti 1,2,3)

L'erogazione delle spettanze avverrà tramite Bonifico Bancario sul Conto Corrente:

Intestato a: _____

Codice IBAN _____

Documentazione **obbligatoria** da allegare in base alla scelta:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità
2. Documentazione della banca dove si visualizzano le Coordinate codice IBAN e intestatario del conto
3. Documento di posizionamento in quiescenza o decreto rilasciato dalla propria amministrazione
4. Documento di posizionamento in quiescenza per infermità rilasciato dalla propria amministrazione
5. Copia busta paga

Data _____

Firma _____