

Si **impegna** a comunicare all'Ente qualsiasi modifica della situazione reddituale sopra esposta, ove comporti la perdita del diritto al trattamento integrativo richiesto, o una diminuzione degli importi spettanti.

Si impegna altresì, a comunicare all'Enpam, **entro e non oltre 30 giorni**, dal termine fissato annualmente per la dichiarazione dei redditi, i redditi definitivi percepiti.

In mancanza di tale dichiarazione, l'Ente procederà, automaticamente, e senza ulteriore preavviso, alla sospensione del pagamento dell'integrazione ed al recupero di tutte le quote di trattamento corrisposte a tale titolo, per l'anno in corso.

Dichiara infine di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

(luogo e data)

(firma per esteso del dichiarante)

(firma del coniuge per attestazione dei redditi propri)

La presente dichiarazione, firmata e accompagnata *dalla fotocopia del documento di riconoscimento*, può essere inviata **per posta** o **per fax** allo 06.48.29.46.48 (Art. 38 del T.U. D.P.R. 445/2000);

oppure

Può essere sottoscritta in presenza del Funzionario dell'ENPAM addetto alla ricezione.

Spazio riservato al Funzionario addetto	Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento _____
	N° _____ rilasciato da _____ il _____
	La presente dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza: (art.38 del T.U. sulla documentazione amministrativa)
	Data _____
_____ Timbro e Firma del Funzionario addetto	