

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Assunzione di responsabilità

(Il presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente)

Il sottoscritto _____ si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto _____ è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente

Luogo e data

Firma

----- X -----

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")
 L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 10/15

Quadro E (consenso riscossione altro genitore)

Compilare a cura dei genitori del minore richiedente la prestazione nel caso di consenso alla riscossione da parte di un genitore nei confronti dell'altro

● Autorizzazione alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

(Compilare nel caso di autorizzazione alla riscossione da parte del genitore dichiarante nei confronti dell'altro. L'autorizzazione produrrà i suoi effetti nel solo caso di riscossione in contanti. L'autorizzazione non è ammessa qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o su conto corrente/libretto postale)

Il / La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

consente che le provvidenze economiche del minore:

Nome _____ Cognome _____

CF _____ n. domus _____

vengano corrisposte all'altro genitore:

Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

Data _____ Firma di entrambi i genitori **X** _____

● Autenticazione della sottoscrizione

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario Inps, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Luogo _____ e data _____

Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato, autenticato le firme e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.