



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 12/13

(Dichiarazioni sostitutive ex artt. 46 e 47, DPR 445/2000)

Assunzione di responsabilità

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

Il sottoscritto o i sottoscritti ha/hanno compilato i seguenti quadri:

☐ A ☐ B ☐ B1 ☐ B2 ☐ D ☐ E ☐ F ☐ F1 ☐ G ☐ H ☐ I

Il sottoscritto o i sottoscritti, è/sono consapevole/i 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 percepite.

Luogo _____ e data _____

Firma _____

Documento di riconoscimento tipo _____ (allegato) Numero _____

data rilascio _____ data scadenza _____

(in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)

Firma _____

Documento di riconoscimento tipo _____ (allegato) Numero _____

data rilascio _____ data scadenza _____

Il presente foglio deve essere stampato, firmato e allegato, unitamente alla fotocopia del/i documento/i d'identità per la trasmissione telematica finale dei dati. In alternativa potrà essere consegnato presso la sede INPS territorialmente competente o trasmesso via fax.

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 non 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.

**Modulo da utilizzare in caso di impedimento alla firma da parte del titolare la prestazione**

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (funzionario Inps, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco), utilizzando il presente modulo. Qualora si compili un modulo differente è necessario che contenga le medesime informazioni.

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione

Sig/Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

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

☐ Impossibilitato a firmare

☐ poiché impedito per cause di natura fisica

☐ poiché incapace di scrivere

☐ Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute
(D.P.R. 445/2000 art. 4 comma 2)

compilata e sottoscritta dal

Sig/Sig.ra Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____

(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

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

Firma del parente dichiarante _____

data _____

Firma del funzionario _____

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