



Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile – 1 / 2

(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/La sottoscritto/a _____ si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicato nel presente modello.

Il/La sottoscritto/a _____ 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 percepite.

Luogo e data

Firma

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.



Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile – 2 / 2

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

Autenticazione della sottoscrizione (Spazio riservato al pubblico ufficiale)

(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))

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

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

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

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

e dal Sig./Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

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

Luogo e data _____ Firma del funzionario _____

In caso di impedimento alla firma compilare la parte sottostante

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

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

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in 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 _____

grado di parentela _____

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

Identificato/a con documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaa) _____

Firma del parente dichiarante _____

Data _____ Firma del funzionario _____