



PROTOCOLLO



## Assegno per il nucleo familiare

Richiesta di autorizzazione ad inserire determinati familiari nel nucleo e/o all'aumento dei livelli reddituali per particolari condizioni - 1/7

**ALL'UFFICIO INPS DI**

**NOME**  **COGNOME**

**CODICE FISCALE**  **NATO/A IL** **GG/MM/AAAA**

**A**  **PROV.**  **STATO**

**CITTADINANZA**

**RESIDENTE IN**  **PROV.**  **STATO**

**INDIRIZZO**  **CAP**

**TELEFONO\***  **CELLULARE\***

**E-MAIL\***

### Stato civile del richiedente

Barrare la casella corrispondente

- |                                     |   |                                     |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> celibe/nubile | <input type="radio"/> vedovo/a              | <input type="radio"/> divorziato/a  |
| <input type="radio"/> coniugato/a   | <input type="radio"/> separato/a legalmente | <input type="radio"/> abbandonato/a |

### Dati del coniuge

**NOME**  **COGNOME**

**CODICE FISCALE**

- Dati dell'azienda presso cui è occupato/a     il richiedente     il coniuge del richiedente

**AZIENDA**

**ATTIVITA' ESERCITATA**

**INDIRIZZO**

**COMUNE**  **PROV.**



## Assegno per il nucleo familiare

### Richiesta di autorizzazione ad inserire determinati familiari nel nucleo e/o all'aumento dei livelli reddituali per particolari condizioni - 2/7

#### ● Chiedo l'autorizzazione ad inserire i familiari di seguito indicati

Figli o equiparati che si trovano in una di queste condizioni:

A - figli ed equiparati di coniugi legalmente separati o divorziati

B - figli naturali (propri o del coniuge) riconosciuti dall'altro genitore

C - figli o equiparati di età compresa tra i 18 e i 21 anni, purché studenti o apprendisti, in nuclei con più di tre figli o equiparati di età inferiore a 26 anni

D - figli del coniuge nati da precedente matrimonio sciolto per divorzio

E - nipoti minori a carico del/della nonno/a richiedente

F - minori affidati a strutture pubbliche e collocati in famiglia

Nel campo "Decorrenza", che segue i dati anagrafici, deve essere specificata la data a partire dalla quale si richiede l'autorizzazione all'inserimento nel nucleo familiare o l'aumento dei livelli di reddito.

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
CONDIZIONE	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F	DECORRENZA	<input type="text"/>

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
CONDIZIONE	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F	DECORRENZA	<input type="text"/>

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>		
CONDIZIONE	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D <input type="radio"/> E <input type="radio"/> F	DECORRENZA	<input type="text"/>



## Assegno per il nucleo familiare

Richiesta di autorizzazione ad inserire determinati familiari nel nucleo e/o all'aumento dei livelli reddituali per particolari condizioni - 3/7

Indicare i familiari di cui si chiede l'inserimento nel nucleo familiare.

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>	CONDIZIONE	<input type="text"/>
	(A) (B) (C) (D) (E) (F)	DECORRENZA	<input type="text"/>

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>	CONDIZIONE	<input type="text"/>
	(A) (B) (C) (D) (E) (F)	DECORRENZA	<input type="text"/>

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>	CONDIZIONE	<input type="text"/>
	(A) (B) (C) (D) (E) (F)	DECORRENZA	<input type="text"/>

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
STATO	<input type="text"/>	CONDIZIONE	<input type="text"/>
	(A) (B) (C) (D) (E) (F)	DECORRENZA	<input type="text"/>



## Assegno per il nucleo familiare

Richiesta di autorizzazione ad inserire determinati familiari nel nucleo e/o all'aumento dei livelli reddituali per particolari condizioni - 4/7

Indicare i familiari di cui si chiede l'inclusione nel nucleo familiare.

**Fratelli, sorelle, nipoti del richiedente orfani di entrambi i genitori, non aventi diritto alla pensione ai superstiti**

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>		

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>		

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>		

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>
		STATO	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>		



## Assegno per il nucleo familiare

Richiesta di autorizzazione ad inserire determinati familiari nel nucleo e/o all'aumento dei livelli reddituali per particolari condizioni - 5/7

Indicare i familiari di cui si chiede l'inclusione nel nucleo familiare.

Familiari di cittadino italiano o straniero residente all'estero

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>			

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>			

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>			

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
RESIDENTE IN	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
STATO	<input type="text"/>			
INDIRIZZO	<input type="text"/>		CAP	<input type="text"/>
DECORRENZA	<input type="text"/>			



**Assegno per il nucleo familiare**

**Richiesta di autorizzazione ad inserire determinati familiari nel nucleo e/o all'aumento dei livelli reddituali per particolari condizioni - 6/7**

● Chiedo l'aumento dei livelli di reddito per i familiari inabili di seguito indicati

A - Familiari minorenni con persistente difficoltà a svolgere funzioni o compiti propri della loro età

B - Familiari maggiorenni inabili con assoluta e permanente impossibilità a svolgere proficuo lavoro

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 CONDIZIONE  A  B  DECORRENZA  
 Residente all'estero  IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 CONDIZIONE  A  B  DECORRENZA  
 Residente all'estero  IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 CONDIZIONE  A  B  DECORRENZA  
 Residente all'estero  IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 CONDIZIONE  A  B  DECORRENZA  
 Residente all'estero  IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_



## Assegno per il nucleo familiare

### Richiesta di autorizzazione ad inserire determinati familiari nel nucleo e/o all'aumento dei livelli reddituali per particolari condizioni - 7/7

Da compilare nel caso in cui il coniuge del richiedente non ha sottoscritto la dichiarazione di responsabilità prevista nel modulo ANF/DIP.

#### Dati del coniuge

NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>		

Motivi del mancato rilascio della dichiarazione di responsabilità \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Dichiarazione di responsabilità del richiedente

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "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, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Agenzia di Villafranca di Verona – Prestazioni a sostegno del reddito.

**DICHIARAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA STORICO**  
**MATERNITA' E PATERNITA'**

=====

Ai sensi dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni ed integrazioni,

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurare indebitamente – a sé o ad altri – prestazioni previdenziali; essendo, del pari, a conoscenza che l'art. 2 della legge n. 153/1988 dispone: "...che per lo stesso nucleo familiare non può essere concesso più di un assegno";

**Lo stato di famiglia compreso/a il/la dichiarante è così composto dalla data del.....**

...../...../.....  
COGNOME/NOME                      PATERNITA'                      MATERNITA'                      DATA DI NASCITA                      COMUNE DI NASCITA

...../...../.....  
COGNOME/NOME                      PATERNITA'                      MATERNITA'                      DATA DI NASCITA                      COMUNE DI NASCITA

...../...../.....  
COGNOME/NOME                      PATERNITA'                      MATERNITA'                      DATA DI NASCITA                      COMUNE DI NASCITA

...../...../.....  
COGNOME/NOME                      PATERNITA'                      MATERNITA'                      DATA DI NASCITA                      COMUNE DI NASCITA

...../...../.....  
COGNOME/NOME                      PATERNITA'                      MATERNITA'                      DATA DI NASCITA                      COMUNE DI NASCITA

...../...../.....  
COGNOME/NOME                      PATERNITA'                      MATERNITA'                      DATA DI NASCITA                      COMUNE DI NASCITA

**D I C H I A R A**

**Si impegna a segnalare qualsiasi variazione del proprio nucleo familiare, rispetto a quanto sopra dichiarato, entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa.**

\_\_\_\_\_ DATA

.....  
**Richiedente**      FIRMA      LEGGIBILE

**Il presente atto deve essere corredato da copia di un documento di identità – in corso di validità del sottoscrittore.**



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Agenzia di Villafranca di Verona – Prestazioni a sostegno del reddito.

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' (Atto di rinuncia)

(da redigersi a cura del **genitore non richiedente** l'autorizzazione agli ANF)

=====

Ai sensi dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni ed integrazioni,

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_ a via \_\_\_\_\_

Dati del datore di lavoro:

Denominazione..... Matricola INPS..... Località.....

Consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurare indebitamente – a sé o ad altri – prestazioni previdenziali; essendo, del pari, a conoscenza che l'art. 2 della legge n. 153/1988 dispone: "...che per lo stesso nucleo familiare non può essere concesso più di un assegno";

nella sua qualità di PADRE/MADRE di:

..... COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	...../...../..... DATA DI NASCITA	..... COMUNE DI NASCITA
..... COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	...../...../..... DATA DI NASCITA	..... COMUNE DI NASCITA
..... COGNOME/NOME DEL/DELLA FIGLIO/A	...../...../..... DATA DI NASCITA	..... COMUNE DI NASCITA

### D I C H I A R A

di NON aver MAI percepito/ di NON percepire dal..... e di NON richiedere alcun trattamento di famiglia comunque denominato – italiano od estero – per le persone suindicate. Si impegna a segnalare qualsiasi variazione del proprio nucleo familiare, rispetto a quanto sopra dichiarato, entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa.

Date.

.....

.....

DATA

FIRMA LEGGIBILE

Dell'altro genitore

**Il presente atto deve essere corredato da copia di un documento di identità – in corso di validità - del sottoscrittore.**

37069 Villafranca di Verona - Via Marconii 18 - tel. 045 6313611 - fax 045 6313660

Agenzia di Villafranca di Verona – Prestazioni a sostegno del reddito

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**  
**per IRREPERIBILITA' / RIFIUTO di rilasciare**  
**dichiarazione di rinuncia dell'altro GENITORE**  
(da redigersi a cura del richiedente l'autorizzazione agli ANF)

=====

Ai sensi dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni ed integrazioni,

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurare indebitamente – a sé o ad altri – prestazioni previdenziali; essendo, del pari, a conoscenza che l'art. 2 della legge n. 153/1988 dispone: "...che per lo stesso nucleo familiare non può essere concesso più di un assegno";

**DICHIARA**

CHE IL GENITORE NATURALE/CONIUGE

..... /..... /.....  
COGNOME/NOME DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

RISULTA IRREPERIBILE DALLA DATA DEL .....

RIFIUTA DI COMPILARE LA DICHIARAZIONE DI RINUNCIA

**ULTIMO/A DOMICILIO/RESIDENZA e DATORE DI LAVORO CONOSCIUTO E':**

Via/P.zza..... n°..... Comune..... Provincia .....  
Denominazione datore di lavoro..... matricola INPS.....  
Recapito telefonico/ e-mail.....

Si impegna a segnalare qualsiasi variazione del proprio nucleo familiare, rispetto a quanto sopra dichiarato, entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa.

.....  
DATA FIRMA LEGGIBILE Richiedente

Il presente atto deve essere corredato da copia di un documento di identità – in corso di validità - del sottoscrittore.



Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Agenzia di Villafranca di Verona - Prestazioni a sostegno del reddito.

## AUTOCERTIFICAZIONE DI ISCRIZIONE/FREQUENZA SCOLASTICA

=====  
Ai sensi dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni ed integrazioni,

Il sottoscritto nato il

Codice Fiscale

Residente a via

Consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurare indebitamente - a sé o ad altri - prestazioni previdenziali; essendo, del pari, a conoscenza che l'art. 2 della legge n. 153/1988 dispone: "...che per lo stesso nucleo familiare non può essere concesso più di un assegno";

### DICHIARA

CHE

\*E' ISCRITTO/A PER L'ANNO SCOLASTICO/ACCADEMICO ...../.....,

\*ALL'ANNO .....

\*PRESSO SCUOLA/UNIVERSITA' .....

\*TELEFONO SEGRETERIA .....

\*EMAIL.....

VIA....., N°..... CAP..... COMUNE..... PROVINCIA .....

**I CAMPI CON \* DEVONO ESSERE OBBLIGATORIAMENTE COMPILATI**

Si impegna a segnalare qualsiasi variazione del proprio nucleo familiare, rispetto a quanto sopra dichiarato, entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa.

.....  
DATA

.....  
FIRMA LEGGIBILE

Figlio maggiorenne studente

Il presente atto deve essere corredato da copia di un documento di identità - in corso di validità - del sottoscrittore.



PROTOCOLLO



## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 1/2

D.P.R. 445/2000 art.47

● ALLA SEDE DI

● NOME  ● COGNOME

● CODICE FISCALE  ● NATO/A IL GG/MM/AAAA

● A  ● PROV.  ● STATO

● CITTADINANZA

● RESIDENTE IN  ● PROV.  ● STATO

● INDIRIZZO  ● CAP

● TELEFONO  ● CELLULARE

● E-MAIL

● DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO  ● NUMERO

● RILASCIATO DA  ● IN DATA

---

---

---

---

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Firma del funzionario \_\_\_\_\_

### ● DA RICORDARE

Tutta la modulistica è disponibile presso gli uffici Inps, sul sito Internet dell'istituto [www.inps.it](http://www.inps.it) o presso gli enti di patronato. Ulteriori informazioni possono essere richieste al numero gratuito Inpsinforma 803164.



## Dichiarazione sostitutiva di atto notorio - 2/2

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “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 osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.*

*Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.*

*I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.*

*Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.*

*L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*

# MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

(attività di cui all'art.10 c.3 della L.n.152/01, come modificato dalla L.n. 190/14, agli artt. 2 e 3 del DM 16/09/2015 ed alla convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 08/11/2017)

ASSISTITO	Io sottoscritto/a _____ C.F. _____ <small>cognome nome</small>
	data di nascita _____ comune di nascita _____ cittadinanza _____
	sesto: _____ Indirizzo _____ C.A.P. _____
	comune di residenza _____ tel./cell. _____ e-mail _____
con il presente atto, conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi, ai sensi dell'art. 10 comma 3 della legge n. 152/01, degli artt. 2 e 3 del DM del 16 settembre 2015 "Individuazione delle prestazioni non rientranti nel finanziamento per le quali è ammesso il pagamento di un contributo per l'erogazione del servizio a favore degli Istituti di patronato e di assistenza sociali, da parte dell'utenza o degli enti pubblici beneficiari", e della convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali n.12975 del 08/11/2017 al Patronato INAS Sede di _____ (istituto erogatore della prestazione e, se estero, Paese) presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del CC, nei confronti del _____ per lo svolgimento della pratica relativa a _____	
Il Presente mandato può essere revocato. _____ <b>Firma Assistito</b>	
OPERATORE	_____ data _____ <small>cognome nome</small>
	C.F. _____ Sede _____ Firma _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">INAS - CISL</div> <small>timbro</small>	

## INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO (GDPR n. 2016/679 e normativa nazionale di armonizzazione vigente)

Il Patronato INAS informa che:

**Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento:** effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e il trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza.  
**Ambito di comunicazione dei dati personali:** i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito. I dati personali con esclusione di quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL, Associazione/Organizzazione Promotrice del Patronato INAS per finalità proprie dell'Associazione/Organizzazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini. **Modalità del trattamento:** il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dalla normativa sopra richiamata, in modo da ridurre i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta. **Necessità del conferimento dei dati:** il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1, comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta. **Diritti riconosciuti all'interessato:** in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, i diritti riconosciutigli dall'art. 15 all'art. 22 del GDPR n. 2016/679, ed esemplificativamente il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità ed opposizione, contattando il Responsabile della protezione dei dati personali (DPO). L'interessato ha altresì il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento.  **Titolare e Responsabile della protezione dei dati personali:** il titolare del trattamento dei dati è il Patronato INAS nella persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante domiciliato per la carica in Roma Viale Regina Margherita 83/d. Il responsabile della protezione dei dati personali (DPO) è reperibile all'indirizzo mail DPO.INAS@inas.it o inviando una raccomandata all'indirizzo DPO – INAS Viale Regina Margherita 83/d – 00198 Roma. Per quanto non espressamente indicato nella presente informativa si rinvia a quella completa sottoposta all'interessato prima della sottoscrizione.

L'Assistito, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del GDPR n. 2016/679 (d'ora in avanti "Regolamento") l'informativa completa sul trattamento dei propri dati personali:

**Punto 1** - fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali ivi espressamente compresi quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando il Patronato INAS ad accedere alle banche dati degli Enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico.

**Firma Assistito** \_\_\_\_\_

**Punto 2** - presta il proprio consenso al Patronato INAS affinché i propri dati, eccetto quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari: a) siano utilizzati per le ulteriori attività statutarie del medesimo, nonché per attività di promozione e/o informazione di ulteriori servizi non oggetto del presente mandato; b) siano comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL affinché li utilizzino per finalità proprie e/o per la promozione dei propri servizi; c) siano comunicati ad altri soggetti con i quali il Patronato abbia stipulato convenzioni e/o accordi nello svolgimento dell'attività istituzionale, affinché li utilizzino per finalità proprie e/o per la promozione di propri servizi.

**Firma Assistito** \_\_\_\_\_

N.B. Il mandato si perfeziona con timbro e firma dell'operatore di patronato.

## ATTO DI DELEGA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il/la sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ documento di identità n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### AD EFFETTUARE

(indicare il tipo di operazione oggetto della delega)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma delegante)

Il/la sottoscritto/a (DELEGATO) \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto dal Patronato  
INAS-CISL di \_\_\_\_\_ la documentazione in originale utilizzata per l'operazione  
oggetto della delega sopra indicata.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma delegato)

Il/la sottoscritto/a (DELEGATO) \_\_\_\_\_ letta l'informativa, autorizza il  
Patronato INAS-CISL al trattamento dei propri dati personali per le sole finalità dell'attività delegata.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma delegato)

**Allegare fotocopia del documento di identità del delegante, del delegato e mandato/conferimento sottoscritto dal delegante**

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Patronato INAS CISL, con sede in Roma - Viale Regina Margherita 83/d (CAP 00198), in qualità di Titolare del trattamento, La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") e della normativa nazionale di armonizzazione vigente, che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

**Oggetto e finalità del Trattamento** Il Titolare tratta i dati personali, identificativi (esemplificativamente, nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail), al solo scopo di consentire lo svolgimento dell'attività di cui alla delega.

**Modalità di trattamento** Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 n. 2) GDPR e specificamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato.

Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto di mandato con il delegante (obblighi derivanti dalla L.152/2001, ecc.).

**Accesso ai dati** Suoi dati potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

a dipendenti, comandati, stagisti o beneficiari di convenzione per percorsi in alternanza scuola-lavoro, nonché collaboratori volontari e gratuiti del Titolare in Italia e all'estero, nella loro qualità di responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;

**Comunicazione dei dati** Senza la necessità di un espresso consenso (ex art. 6 lett. b) e c) GDPR), il Titolare potrà comunicare i Suoi dati ad Organismi di vigilanza (es. Ministero del Lavoro), Autorità giudiziarie, nonché a quei soggetti per i quali la comunicazione sia resa obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità dette. Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

**Trasferimento dati** I dati personali sono conservati su server ubicati a Roma(RM), all'interno dell'Unione Europea. Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati verso paesi extra UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula di clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

**Natura del conferimento dei dati e conseguenze del rifiuto di rispondere** Il conferimento dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. In loro assenza, non potremo dare seguito alla delega conferitale.

**Diritti dell'interessato** Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti di cui all' art. 15 GDPR e precisamente i diritti di:

ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;

-ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 3, comma 1, GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;

- ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;

- opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale informativo o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione istituzionale.

Resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo parziale. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione.

Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR:

-diritto di rettifica – lei ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;

-diritto all'oblio – lei ha il diritto di ottenere la cancellazione dei suoi dati nei casi previsti dall'art. 17 c. 1 del GDPR;

-diritto di limitazione di trattamento – Lei ha il diritto a che l'utilizzo dei dati e, quindi, il trattamento, sia limitato a quanto necessario ai fini della conservazione.

-diritto alla portabilità dei dati – su sua specifica richiesta, in tal senso, lei ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento i dati personali oggetto di trattamento elettronico/informatico forniti allo stesso e di trasmetterli ad altro Titolare del trattamento. Tali dati le verranno forniti, sempre previa richiesta, nel formato ritenuto più agevole ed opportuno per consentirle il più agevole utilizzo degli stessi;

-diritto di opposizione – lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f) per motivi connessi alla sua situazione particolare, compresa la profilazione, Lei potrà opporsi al trattamento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, salvo che il trattamento sia necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico;

-nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante – Fatta salva ogni altra azione in sede amministrativa o giudiziale, è possibile presentare un reclamo all'Autorità nazionale di controllo competente (Garante). Nell'ipotesi in cui Lei risieda in altro Stato membro UE o la violazione della normativa privacy avvenga in altro Stato membro UE, la competenza in relazione al reclamo sarà dell'Autorità di controllo di tale Paese.

**Modalità di esercizio dei diritti** Potrà in qualsiasi momento esercitare i suoi diritti inviando una e-mail all'indirizzo DPO.INAS@inas.it o inviando una raccomandata a DPO-INAS Viale Regina Margherita 83/d, 00198 Roma

**Titolare, Responsabile della protezione dei dati (DPO)** Il Titolare del trattamento è INAS CISL, con sede in Roma - Viale Regina Margherita 83/d (CAP 00198).

L'elenco aggiornato dei responsabili e dei sub-responsabili del trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento. È possibile contattare il DPO, già nominato e comunicato all'autorità Garante, inviando una mail all'indirizzo [DPO.INAS@inas.it](mailto:DPO.INAS@inas.it) o inviando una raccomandata a DPO-INAS Viale Regina Margherita 83/d, 00198 Roma.

## **DOCUMENTI DA ALLEGARE SEMPRE per il RICHIEDENTE:**

- Fotocopia dei documenti di riconoscimento (carta d'identità/patente/passaporto) di entrambi i genitori;
- Fotocopia delle tessere sanitarie magnetiche di tutti i componenti il nucleo familiare;
- Stato civile e data dello stato civile: se coniugato anche i dati anagrafici del coniuge e data di matrimonio; se separato/divorziato/vedovo serve anche la data di separazione/divorzio/vedovanza;
- Se già autorizzato, fotocopia dell'autorizzazione INPS in corso di validità o scaduta;
- Ultima (recente) busta paga;
- Stato di famiglia del genitore richiedente (**allegato**);
- Atto di rinuncia del genitore non richiedente (**allegato**);
- Indirizzo di residenza:  
\_\_\_\_\_
- Recapito telefonico: \_\_\_\_\_
- Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

## **SE CITTADINO STRANIERO:**

- Fotocopia della carta di soggiorno o permesso di soggiorno in corso di validità.

## **DOCUMENTI NECESSARI IN CASO DI:**

### **GENITORI SEPARATI/DIVORZIATI:**

- Fotocopia sentenza di separazione completa di affido dei minori con omologa/fotocopia sentenza divorzio.

### **COMPONENTE DISABILE MAGGIORENNE NEL NUCLEO:**

- Fotocopia certificazione medica rilasciata dalla Commissione Medica INPS (verbale di invalidità civile).

### **FAMILIARI RESIDENTI ALL'ESTERO:**

- Stato di famiglia estero in originale con traduzione giurata;
- Certificato di matrimonio in originale con traduzione giurata;
- Fotocopia dei documenti d'identità italiani ed esteri dei dichiaranti;
- Modello E401 e Modello E411. Per Paesi extra UE: in alternativa al modello E411, (per Tunisia solo modello TN/6), può essere presentata una certificazione a cura dell'ente preposto completa di traduzione giurata compilata per ogni anno solare, attestante: i redditi conseguiti dal nucleo familiare, gli importi anf già erogati, lo stato di occupato/disoccupato per ciascun appartenente al nucleo familiare;

*La richiesta di rinnovo va presentata nell'anno solare successivo, allegando i formulari di cui sopra e riferiti all'intero anno solare precedente.*

## **FAMIGLIE NUCLEI NUMEROSI (ALMENO 4 FIGLI MINORI DI 26 ANNI, MA ANF SOLO PER STUDENTI E ASSUNTI IN APPRENDISTATO FINO A 21 ANNI):**

- Autocertificazione di frequenza scolastica o universitaria firmata dal figlio studente (**allegata**);
- Fotocopia del contratto di lavoro di apprendistato + modulo COD. AP17 compilato e firmato dal figlio lavoratore in apprendistato (**allegato**);
- Fotocopia della carta d'identità del figlio maggiorenne.