



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

Assunzione di responsabilità

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

Il sottoscritto ha compilato i seguenti quadri:

A B B1 B2 D E F F1 G H

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 percepite.

Luogo _____ e data _____ Firma _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____ rilasciato da _____
in data _____ valido fino al _____

N.B. Il presente foglio deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.

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.



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 _____

● 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, autenticare le firme e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.



● **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.



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Autocertificazione dell'iscrizione/frequenza scolastica o universitaria

ALLA SEDE INPS DI _____

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL (GG/MM/AAAA) _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

RESIDENTE IN _____ PROV. _____ STATO _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____ EMAIL _____

Consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti dall'art.76 dal D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARO

- DI ESSERE ISCRITTO/A E FREQUENTARE NELL'ANNO SCOLASTICO ____/____ LA SEGUENTE
SCUOLA SUPERIORE (NOME E INDIRIZZO) _____
CLASSE _____
- DI ESSERE STUDENTE/STUDENTESSA UNIVERSITARIO/A ISCRITTO/A PER L'ANNO ACCADEMICO
____/____ AL SEGUENTE CORSO DI LAUREA (NOME DEL CORSO) _____
LA CUI DURATA LEGALE E' DI ANNI (INDICARE TRE O DUE O CINQUE O SEI) _____ FACOLTA' _____
_____ PRESSO L'UNIVERSITA' _____
ANNO DI CORSO (INDICARE PRIMO O SECONDO O TERZO ECC.) _____ ANNO ACCADEMICO DI
IMMATRICOLAZIONE ____/____
- DI AVER CESSATO GLI STUDI IN DATA (GG/MM/AAAA) _____
- DI NON PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA DIPENDENTE O AUTONOMA
- DI PRESTARE ATTIVITA' LAVORATIVA DIPENDENTE O AUTONOMA DAL (GG/MM/AAAA) _____
CON UN REDDITO ANNUO PARI AD € _____

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 e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali benefici ottenuti.

DATA _____

FIRMA LEGGIBILE