

Direzione Prestazioni Previdenziali

Viale Regina Margherita, 206 – 00198 ROMA
Fax 0685446390 - 0685446557

DOMANDA DI CONFERMA DELL'ASSEGNO DI INVALIDITA'

SPAZIO RISERVATO ALL'ISTITUTO

Protocollo n. _____

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente a _____

prov. _____ Via /Piazza _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____

matricola _____

CHIEDE

LA CONFERMA DELL'ASSEGNO ORDINARIO /PRIVILEGIATO DI INVALIDITA'

decorrenza _____

A tal fine allega certificato medico.

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

Il sottoscritto delega il Patronato _____, - presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art. 47 del codice civile - a rappresentarlo gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29/07/1947, n. 804 e s.m.i., per lo svolgimento della pratica relativa all'oggetto della domanda.

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data _____

Firma _____

Timbro del Patronato (codice)

N. Pratica _____

QUESTIONARIO

N.B. IL QUESTIONARIO VA COMPILATO OBBLIGATORIAMENTE FORNENDO LE RISPOSTE A TUTTI I QUESITI FORMULATI.

- La S.V. nel periodo di godimento di invalidità ha svolto attività lavorativa alle dipendenze di terzi?

NO

SI

N.B. fornire le seguenti notizie:

_____ dal _____ al _____
datore di lavoro settore di attività

_____ mansioni specifiche svolte
qualifica rivestita

_____ dal _____ al _____
datore di lavoro settore di attività

_____ mansioni specifiche svolte
qualifica rivestita

- La S.V. è attualmente occupata presso terzi?

NO

SI

N.B. fornire le seguenti notizie:

Sono intervenute eventuali variazioni di mansioni per motivi di salute?

NO

SI dal _____ mansioni attualmente svolte _____

E' attualmente assente per malattia o infortunio?

NO

SI dal _____

- La S.V. nel periodo di godimento dell'assegno di invalidità ha svolto attività lavorativa in proprio?

NO

SI

N.B. Specificare il tipo di attività _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false DICHIARA sotto la propria responsabilità che le notizie fornite sono conformi al vero. Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a segnalare tempestivamente all'INPS – Gestione ex ENPALS ogni e qualsiasi variazione che dovesse verificarsi successivamente all'eventuale conferma dell'assegno di invalidità. Il/la sottoscritto/a è consapevole che la mancata o tempestiva segnalazione di tali variazioni comporterà, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.

Luogo e 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 – Gestione ex Enpals con sede in Roma, Viale Regina Margherita 206, 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 – Gestione ex Enpals 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, altri 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 – Gestione ex Enpals la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice.

Nota: Ai sensi dell'art. 21 del decreto legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, l'ENPALS è soppresso e le sue funzioni sono trasferite all'INPS. In attesa dell'emanazione dei decreti che disciplinano il trasferimento delle risorse strumentali, umane e finanziarie dall'ENPALS all'INPS, il soppresso ENPALS continua ad espletare le attività connesse ai propri compiti istituzionali.