

**Direzione Prestazioni Previdenziali**  
Viale Regina Margherita, 206 – 00198 ROMA  
Fax 0685446390 - 0685446557

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI**  
**(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)**

SPAZIO RISERVATO ALL'ISTITUTO
Protocollo n. _____

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via /Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

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

di essere nato/a a \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_

di essere cittadino italiano oppure \_\_\_\_\_

di godere dei diritti civili e politici \_\_\_\_\_

di essere: celibe/nubile/di stato libero \_\_\_\_\_

di essere coniugato con \_\_\_\_\_

di essere vedovo/a di \_\_\_\_\_

di essere divorziato/a da \_\_\_\_\_

che la famiglia convivente si compone di:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA

di essere tuttora vivente

che il/la figlio/a è nato/a in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

che il proprio \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_  
(rapporto parentela) (cognome e nome)

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

è morto in data \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo o Elenco \_\_\_\_\_

tenuto da Pubblica Amministrazione \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

di appartenere all'Ordine professionale \_\_\_\_\_

titolo di studio posseduto \_\_\_\_\_ rilasciato dalla Scuola o Università \_\_\_\_\_

qualifica professionale posseduta, titolo di specializzazione, di abilitazione, di formazione, di aggiornamento e di qualificazione tecnica \_\_\_\_\_

situazione reddituale o economica anche ai fini della concessione dei benefici di qualsiasi tipo previsti da leggi speciali, per l'anno \_\_\_\_\_ è la seguente \_\_\_\_\_

assolvimento di specifici obblighi contributivi con indicazione dell'ammontare corrisposto \_\_\_\_\_

possesso e numero del codice fiscale \_\_\_\_\_

partita IVA e qualsiasi dato presente nell'archivio dell'anagrafe tributaria \_\_\_\_\_

stato di disoccupazione

- qualità di pensionato e categoria di pensione \_\_\_\_\_
- qualità di studente presso la Scuola/Università \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_
- qualità di legale rappresentante di persone fisiche o giuridiche, di tutore, di curatore e simili  
\_\_\_\_\_
- iscrizione presso associazioni o formazioni sociali di qualsiasi tipo \_\_\_\_\_
- di essere nella seguente posizione agli effetti e adempimenti degli obblighi militari, ivi comprese quelle attestate nel foglio matricolare dello stato di servizio \_\_\_\_\_
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa.
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- qualità di vivenza a carico di \_\_\_\_\_
- nei registri dello stato civile del comune di \_\_\_\_\_ risulta che \_\_\_\_\_
- di non trovarsi in stato di liquidazione o di fallimento e di non aver presentato domanda di concordato.

***Barrare le voci che riguardano la/le dichiarazione/i da produrre.***

**La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Mi impegno a comunicare all'INPS – Gestione ex Enpals qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 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.

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, 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 – 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.*