

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

**DOMANDA DI PRESTAZIONI A TITOLO DI PREVENZIONE  
DELL'INVALIDITA'**

<b>SPAZIO RISERVATO ALL'ISTITUTO</b>
Protocollo n. _____

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Via /Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
qualifica professionale \_\_\_\_\_  
iscritto all'INPS - Gestione ex ENPALS con matricola n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione della seguente prestazione a titolo di prevenzione dell'invalidità:

---

---

---

---

---

---

---

---

Precisa che nel quinquennio precedente la presentazione della presente domanda ha svolto la seguente attività:

	PERIODO		GIORNI
	Dal	Al	

**N.B. - Dopo la compilazione restituire il verbale alla Direzione dell'INPS - Gestione ex Enpals che lo ha trasmesso.**

## QUESTIONARIO

DOMANDE	RISPOSTE
<p>1) - E' titolare di pensione per l'invalidità?</p>	<p>SI/NO</p> <p>A carico di _____</p>
<p>1) - Ha fruito di prestazioni a titolo di prevenzione dell'invalidità a carico dell'INPS - Gestione ex ENPALS o dell'INPS?</p> <p>(Nell'affermativa, precisare il genere delle prestazioni, quante volte sono state praticate e gli anni nei quali sono state praticate)</p> <p>(in caso negativo barrare la casella accanto)</p>	<p>SI/NO</p> <p><u>Genere delle prestazioni</u></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Quante volte ed in quali anni sono state praticate:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2) - L'infermità per la quale è richiesta la prestazioni è derivante da infortunio riportato sul lavoro?</p> <p>(Nell'affermativa, il richiedente è tenuto a precisare se è assicurato contro gli infortuni sul lavoro e, in tal caso, in quale anno è occorso l'infortunio).</p> <p>(In caso negativo sbarrare la casella accanto)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze anche di carattere penale derivanti a chi rilascia dichiarazioni false od inesatte allo scopo di procurarsi indebite prestazioni, precisa che quanto sopra dichiarato risponde a verità

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

Firma \_\_\_\_\_

**RELAZIONI SULLA VISITA MEDICA**

Cognome e nome dell'assicurato \_\_\_\_\_

Mestiere e professione \_\_\_\_\_

ANAMNESI ed esame obiettivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accertamenti praticati: \_\_\_\_\_

(allegare i referti) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIAGNOSI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CURE PROPOSTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LE CURE PROPOSTE SONO NECESSARIE PER PREVENIRE UNO STATO INVALIDANTE? SI NO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL MEDICO \_\_\_\_\_

---

---

**SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI DELL'INPS - GESTIONE EX E.N.P.A.L.S.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL RESPONSABILE \_\_\_\_\_

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, 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.