



**S'impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.**

Autorizzo, ai sensi del D L.gs. n° 196/03, il trattamento dei dati sensibili necessari per l'istruttoria e la definizione della domanda che mi riguarda.

**Allega alla presente domanda :**

**la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in**

data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Con questa domanda **chiede alla sede INPS competente** che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciute.

**FIRMA \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia di un documento d'identità)**

\_\_\_\_\_ ( Se la firma è apposta dal curatore,tutore o rappresentante legale, deve essere compilato anche il quadro "B")

Attestazione a firmare da chi non sa o non puo' firmare per impedimento

Ai sensi del DPR 28.12.2000, n° 445 attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dall'interessato consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a :

mezzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

impedito a sottoscrivere

per conto di \_\_\_\_\_ impedito temporaneamente a sottoscrivere

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ IL FUNZIONARIO ADDETTO \_\_\_\_\_

**QUADRO "B" Autocertificazione a cura del TUTORE (Interdizione) o del CURATORE (Inabilitazione) o del RAPPRESENTANTE LEGALE (per minori).**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. / \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere stato/a nominato TUTORE I CURATORE dal Tribunale di :

con sentenza n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (allegare copia della sentenza)

- di essere RAPPRESENTANTE LEGALE del minore richiedente \_\_\_\_\_

e di essere coniugato con \_\_\_\_\_ natola il \_ \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA (art. 13 D.Lgs 30.06.2003 n. 196)**

Ai sensi del “codice in materia di protezione dei dati personali”, L’Azienda Sanitaria informa che i dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: riconoscimento benefici richiesti e gestione data-base.

Il trattamento sarà effettuato con modalità manuale e informatizzata.

Il conferimento dei dati è obbligatorio, diversamente non si potrà evadere la pratica.

Ai sensi dell’art. 24 del D.Lgs 196/03, qualora sia necessario il trattamento dei dati per adempiere ad un obbligo previsto dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, oppure per salvaguardare la vita o l’incolumità fisica di un terzo, il trattamento sarà eseguito prescindendo dal consenso.

La S.V. ha diritto di accesso ai dati personali e ha altri diritti, previsti dall’art. 7 del D.Lgs 196/03.

I dati potranno essere elaborati a fini statistici ed in forma anonima, al fine di migliorare il servizio.

**firma per presa visione** .....

I dati verranno trasmessi, senza indicazione dell’esito della visita, all’ANMIC (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili) e ai Patronati (per questi ultimi limitatamente alle pratiche di competenza, per le quali sono munite di regolare mandato di patrocinio).

acconsento     non acconsento

**firma** .....