

redigere e trasmettere all'INPS la certificazione di intransportabilità

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE OBBLIGATORIE

**DOMICILIO DIVERSO DALLA RESIDENZA? Se SI indicare qui sotto l'indirizzo ESATTO di DOMICILIO**

Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**DOMICILIATO TEMPORANEAMENTE PRESSO PARENTI E/O AMICI? Se Si indicare COGNOME E NOME**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**RICOVERATO IN STRUTTURA RESIDENZIALE? Se SI indicare NOME struttura e indirizzo esatto**

NOME STRUTTURA \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_

**RICOVERATO IN OSPEDALE O CLINICA PRIVATA? Se SI indicare NOME struttura e indirizzo esatto**

NOME OSPEDALE \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_



## 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    F1    F2    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.