



## Estratto conto certificativo ("ecocert")

- carta d'identità e codice fiscale del richiedente
- delega alla presentazione da parte di terza persona corredata dalla carta d'identità del delegato
- informazioni sullo stato civile del richiedente
  - se coniugato o in un'unione civile: data e luogo del matrimonio o dell'unione civile
  - codice fiscale del coniuge
  - se separato/divorziato: data della omologazione della separazione/divorzio
  - se si è sciolta l'unione civile: data del provvedimento di scioglimento dell'unione
  - se vedova/o: data del decesso del coniuge
- indirizzo di residenza (non domicilio)
- numero di telefono
- indirizzo email personale
- mandato di patrocinio per pratiche in convenzione firmato in originale**
- copia della tessera sindacale dell'iscritto CGIL
  - se si è effettuato lavoro all'estero in paesi convenzionati**
    - documenti rilasciati dal paese estero attestanti il lavoro
    - prima data (almeno anno) di entrata e ultima data di uscita dal paese estero
      - nel caso della Svizzera
        - tessera AVS

Il rilascio dell'ecocert non è immediato da parte dell'INPS e, al momento, non è disponibile per i contributi del Pubblico Impiego e della Gestione Separata dei Parasubordinati. Per le casse libero-professionali, è necessario che il richiedente si rivolga personalmente alla cassa.

**LA RICHIESTA DELL'ECOCERT È GRATUITA SOLO PER GLI ISCRITTI ALLA CGIL**





il Patronato della CGIL

Via Giovanni Paisiello 43  
00198 Roma  
CodiceFiscale 80131910582  
www.inca.it

Mandato di assistenza e rappresentanza

(attività di cui all'art.10, c. 3 della L.152/01, agli artt. 2 e 3 del DM 16/09/15 ed alla convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 13/06/17 ed Addendum del 1/01/18)

Io sottoscritto/a Cognome ..... Nome .....  
Data di nascita ..... Comune di nascita .....  
Sesso M F Codice fiscale ..... Cittadinanza .....  
Indirizzo ..... N.....  
CAP ..... Città .....

con il presente atto, conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi, ai sensi dell'art. 10 comma 3 della Legge 152/01, degli artt. 2 e 3 del DM del 16 settembre 2015 "Individuazione delle prestazioni non rientranti nel finanziamento per le quali è ammesso il pagamento di un contributo per l'erogazione del servizio a favore degli Istituti di patronato e di assistenza sociali, da parte dell'utenza o degli enti pubblici beneficiari", e della convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 0007178 del 13/06/2017 ed Addendum del 31/01/2018, al Patronato INCA Sede di..... presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del CC, nei confronti del ..... per lo svolgimento della pratica relativa a .....

Il presente mandato può essere revocato.

Firma assistito

Dati dell'operatore: Cognome..... Nome.....  
Data..... Sede ..... Firma dell'operatore e timbro

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Io sottoscritto, lette le informazioni riportate nell'informativa privacy allegata al presente modulo, consapevole che in mancanza di consenso INCA non potrà procedere al trattamento dei dati, trattandosi di dati particolari,

presto il mio consenso nego il mio consenso

al trattamento dei miei dati particolari nei limiti dei dati e delle operazioni necessarie per il perseguimento dei compiti affidati con il mandato nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi previsti dalla normativa in materia, nonché alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa (datore di lavoro, enti previdenziali ed assistenziali, professionisti legali, consulenti eventualmente da me incaricati per la tutela in ambito amministrativo e/o giurisdizionale), comunque nei limiti in cui la comunicazione sia necessaria per l'adempimento dell'incarico conferito, con espresso consenso, nel caso in cui tali soggetti abbiano sede in paesi extra UE, al trasferimento dei dati nei predetti paesi esteri, anche laddove non vi sia una decisione di adeguatezza della Commissione Europea. Con la prestazione del consenso autorizzo INCA ad accedere, ex art. 116 d.lgs. 196/03, alle banche dati degli enti eroganti le prestazioni per l'acquisizione dei dati necessari all'espletamento dell'incarico conferito.

2. Inoltre, prendendo atto che la prestazione del consenso per attività estranee alla tutela del lavoratore o del pensionato non è obbligatoria e che, in caso di rifiuto, non riceverei alcun pregiudizio

presto il mio consenso nego il mio consenso

al trattamento dei miei dati per finalità di informativa istituzionale e/o promozionale da parte del Patronato INCA, anche a mezzo di strumenti tecnologici avanzati quali fax, Email, PEC, SMS, MMS e altri strumenti di comunicazione elettronica avanzata (es. Whatsapp, Telegram, ecc.).

3. Inoltre, consapevole del fatto che la prestazione del consenso per attività estranee alla tutela del lavoratore o del pensionato non è obbligatoria e che, in caso di rifiuto, non riceverei alcun pregiudizio

presto il mio consenso nego il mio consenso

alla comunicazione e al successivo trattamento dei miei dati, anche particolari, per le loro finalità istituzionali nei limiti di quanto necessario per l'adempimento delle obbligazioni derivanti da contratti, incarichi, mandati o quant'altro eventualmente da me già conclusi o da concludere con tali soggetti per finalità di tutela ed assistenza in ambito lavorativo, assistenziale, previdenziale, assicurativo, fiscale e/o contabile, alla CGIL, alle sue federazioni di categoria nazionali, regionali e/o territoriali, ivi compreso lo SPI, nonché alle CGIL regionali e alle Camere del Lavoro territoriali e metropolitane, ai CAAF CGIL SRL costituiti dalla CGIL stessa, alle altre società di servizio costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi statutari o, comunque, con essa convenzionate o affiliate, al SUNIA, alla Federconsumatori, all'AUSER e alle altre associazioni costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi istituzionali e/o statutari, agli enti bilaterali e, ciò, anche affinché tali soggetti possano successivamente trattare i miei dati comuni per finalità di informativa promozionale, commerciale e istituzionale nonché per il compimento di ricerche di mercato, per l'erogazione di altri servizi di loro competenza, connessi alla tutela in ambito lavorativo, fiscale, contabile, assicurativo, previdenziale ed assistenziale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Autocertificazione ai fini della richiesta di accredito del servizio di leva - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI \_\_\_\_\_

### Io sottoscritto

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ NATO/A IL GG/MM/AAAA \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_  
CITTADINANZA \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
TELEFONO \* \_\_\_\_\_ CELLULARE \* \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO E-MAIL\* \_\_\_\_\_

Residenza alla data del compimento del 18° anno di età  
(da compilare solo se difforme dalla residenza attuale)

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_  
DISTRETTO MILITARE PRESSO CUI È STATA EFFETTUATA LA VISITA MEDICA \_\_\_\_\_  
PROVINCIA DI RESIDENZA ALLA DATA DEL CONGEDO \_\_\_\_\_

### Dichiaro (Barrare la casella corrispondente)

di aver prestato servizio  militare  civile dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

con il grado / qualifica di (soldato, sottufficiale, ufficiale, obiettore) \_\_\_\_\_

presso l'Arma o Corpo (Esercito, Aeronautica, Marina, P.S., Corpo Forestale, VV.FF, ecc.) \_\_\_\_\_

Fondo previdenziale richiesto per l'accredito \_\_\_\_\_

Recapito per eventuali comunicazioni \_\_\_\_\_

**Allego** copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.



## Autocertificazione ai fini della richiesta di accredito del servizio di leva - 2/2

- **Mi impegno** a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

- **Dichiarazione di responsabilità**

Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità; sono consapevole che l'INPS effettuerà controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive e che, in caso di dichiarazioni false, sono previste sanzioni penali e la decadenza dai benefici ottenuti (artt. 46, 47, 71, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

### ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'Inps, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciriaco De Mita, n. 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE, sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. Nei casi previsti da disposizioni legislative o, se previsto per legge, di regolamento e nel rispetto dei limiti dagli stessi fissati, i dati personali possono essere comunicati dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati che operano in qualità di autonomi Titolari del trattamento, nei limiti strettamente necessari e per la sola finalità per cui si è proceduto alla comunicazione. La diffusione dei dati forniti è possibile solo su espressa previsione di legge o, se previsto per legge, di regolamento. Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'Inps, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'Inps nel garantire il rispetto del Regolamento UE (art. 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei Paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi. Nei casi previsti, lei ha il diritto ad opporsi al trattamento o ad ottenere dall'Inps, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciriaco De Mita, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: [responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it](mailto:responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it). Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'Inps in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperiti sul sito istituzionale [www.inps.it](http://www.inps.it), "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it) del Garante per la protezione dei dati personali.



## Invalidità Civile, L.104/92, Cecità Civile

richiedente maggiorenne

- carta d'identità e codice fiscale del richiedente
- certificato medico AP68 telematico inviato dal medico di base**
- informazioni sullo stato civile del richiedente
- se coniugato o in un'unione civile: data e luogo del matrimonio e copia codice fiscale coniuge
- se separato/divorziato: data della omologazione della separazione/divorzio
- se si è sciolta l'unione civile: data del provvedimento di scioglimento dell'unione
- se vedova/o: data del decesso del coniuge
- IBAN del conto corrente, del libretto o della carta prepagata valida per l'accredito della pensione  
nel caso di conto corrente o libretto postale: CAB frazionario dell'ufficio postale in cui è stato aperto  
il conto corrente/libretto è cointestato?  SI  NO
- "dichiarazione di responsabilità" firmata in originale dal richiedente (prestampati a disposizione)**  
ATTENZIONE in caso di soggetto impossibilitato alla firma (vedi nota a fondo pagina)
- mandato di patrocinio firmato in originale dal richiedente**
- se si richiede anche la L.104/92: mandato di patrocinio per pratiche in convenzione firmato in originale**
- copia della tessera sindacale per gli iscritti CGIL che richiedono anche la L.104/92  
**se già invalido (aggravamento)**
- verbale di riconoscimento dell'invalidità già riconosciuta  
**se attualmente ricoverato (la visita verrà effettuata in struttura/reparto)**
- indirizzo e denominazione dell'istituto o del reparto ospedaliero
- nel caso di pagamento della retta: fattura del mese in corso  
**se il richiedente ha tra i 18 e i 66 anni di età**
- redditi annuali di qualsiasi natura (compresi immobili e pensioni estere)
- redditi annuali di qualsiasi natura del coniuge  
**se il disabile ha un tutore/amministratore di sostegno/curatore o procuratore**
- sentenza di tutela/amministrazione di sostegno o procura legale
- carta d'identità e codice fiscale del tutore/amministratore di sostegno/curatore/procuratore  
**se cittadino extracomunitario**
- documento di soggiorno e fotocopia del passaporto intero (comprese pagine bianche)  
**se cittadino dell'UNIONE EUROPEA (ad esclusione della cittadinanza italiana)**
- data di prima iscrizione all'anagrafe comunale italiana

Se il richiedente non è più in grado di firmare, è necessario presentare il certificato originale rilasciato dal medico che attesta l'impossibilità di firma.  
In questo caso, così come nel caso di richiedente illetterato, è necessario compilare la seconda pagina del modulo di assunzione di responsabilità e vidimarla in Comune davanti a un pubblico ufficiale.

**LA RICHIESTA DELLA L.104/92 È GRATUITA SOLO PER GLI ISCRITTI ALLA CGIL**



il Patronato della CGIL

### MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

**Dati dell'Assistito**

Io sottoscritto/a Cognome ..... Nome .....  
Data di nascita ..... Comune di nascita ..... Sesso M F  
Codice Fiscale ..... Cittadinanza..... Tel.....  
Indirizzo ..... N°..... C.A.P..... Città.....

con il presente atto, conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 della legge 30 marzo 2001 n° 152 e del DM 10 ottobre 2008 n° 193, al **Patronato INCA CGIL – Sede di** ..... presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del C.C. , nei confronti del ..... (Istituto erogatore della prestazione e, se estero, Paese) per lo svolgimento della pratica relativa a .....

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Firma dell'Assistito .....

**Dati del Collaboratore volontario**

Cognome..... Nome.....  
Data.....Luogo .....

Firma del Collaboratore volontario .....

**Dati dell'Operatore**

Cognome.....Nome.....  
Data..... Sede .....

Firma dell'Operatore e Timbro .....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Io sottoscritto, lette le informazioni riportate nell'informativa privacy allegata al presente modulo, consapevole che in mancanza di consenso INCA non potrà procedere al trattamento dei dati, trattandosi di dati particolari,

- presto il mio consenso**                       **nego il mio consenso**

al trattamento dei miei dati particolari nei limiti dei dati e delle operazioni necessarie per il perseguimento dei compiti affidati con il mandato nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi previsti dalla normativa in materia, nonché alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa (datore di lavoro, enti previdenziali ed assistenziali, professionisti legali, consulenti eventualmente da me incaricati per la tutela in ambito amministrativo e/o giurisdizionale), comunque nei limiti in cui la comunicazione sia necessaria per l'adempimento dell'incarico conferito, con espresso consenso, nel caso in cui tali soggetti abbiano sede in paesi extra UE, al trasferimento dei dati nei predetti paesi esteri, anche laddove non vi sia una decisione di adeguatezza della Commissione Europea. Con la prestazione del consenso autorizzo INCA ad accedere, ex art. 116 d.lgs. 196/03, alle banche dati degli enti eroganti le prestazioni per l'acquisizione dei dati necessari all'espletamento dell'incarico conferito.

2. Inoltre, prendendo atto che la prestazione del consenso per attività estranee alla tutela del lavoratore o del pensionato non è obbligatoria e che, in caso di rifiuto, non riceverei alcun pregiudizio

- presto il mio consenso**                       **nego il mio consenso**

al trattamento dei miei dati per finalità di informativa istituzionale e/o promozionale da parte del Patronato INCA, anche a mezzo di strumenti tecnologici avanzati quali fax, Email, PEC, SMS, MMS e altri strumenti di comunicazione elettronica avanzata (es. Whatsapp, Telegram, ecc.).

3. Inoltre, consapevole del fatto che la prestazione del consenso per attività estranee alla tutela del lavoratore o del pensionato non è obbligatoria e che, in caso di rifiuto, non riceverei alcun pregiudizio

- presto il mio consenso**                       **nego il mio consenso**

alla comunicazione e al successivo trattamento dei miei dati, anche particolari, per le loro finalità istituzionali nei limiti di quanto necessario per l'adempimento delle obbligazioni derivanti da contratti, incarichi, mandati o quant'altro eventualmente da me già conclusi o da concludere con tali soggetti per finalità di tutela ed assistenza in ambito lavorativo, assistenziale, previdenziale, assicurativo, fiscale e/o contabile, alla CGIL, alle sue federazioni di categoria nazionali, regionali e/o territoriali, ivi compreso lo SPI, nonché alle CGIL regionali e alle Camere del Lavoro territoriali e metropolitane, ai CAAF CGIL SRL costituiti dalla CGIL stessa, alle altre società di servizio costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi statutari o, comunque, con essa convenzionate o affiliate, al SUNIA, alla Federconsumatori, all'AUSER e alle altre associazioni costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi istituzionali e/o statutari, agli enti bilaterali e, ciò, anche affinché tali soggetti possano successivamente trattare i miei dati comuni per finalità di informativa promozionale, commerciale e istituzionale nonché per il compimento di ricerche di mercato, per l'erogazione di altri servizi di loro competenza, connessi alla tutela in ambito lavorativo, fiscale, contabile, assicurativo, previdenziale ed assistenziale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Patronato Inca, con sede a Roma in Via G. Paisiello 43, Tel. 06855631, politiche-organizzazione-risorse@inca.it, in qualità di titolare del trattamento dei dati, che ha designato il Responsabile della Protezione dei dati contattabile via email ([privacy@inca.it](mailto:privacy@inca.it)), tratterà i dati personali dell'assistito e, eventualmente, dei suoi familiari, ai fini dell'esecuzione del mandato di patrocinio di cui sopra, nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza.

**Finalità e base giuridica del trattamento.** Il Patronato, in particolare, tratterà i dati raccolti all'atto del conferimento del mandato, e successivamente nel corso dell'esecuzione dello stesso, sia di natura "comune" sia di natura "particolare" (quelli relativi all'origine razziale o etnica, alle opinioni politiche, alle convinzioni religiose o filosofiche, all'appartenenza sindacale, alla salute, alla vita e orientamento sessuale, nonché, nel caso, i genetici e biometrici) ai fini dello svolgimento della sua attività istituzionale e comunque per le finalità strettamente connesse, in relazione alla normativa di settore, all'attività del Patronato, finalizzata all'adempimento dei compiti attribuiti in seguito alla domanda da Lei presentata e comunque per l'espletamento del mandato di assistenza conferito. I dati acquisiti potranno inoltre essere trattati per finalità statistiche ma, nel caso, previamente anonimizzati, trattati solo dati anonimi, per i quali sarà impossibile risalire all'interessato.

Il Patronato potrà trattare i Suoi dati personali per inviarLe informative istituzionali sui propri servizi nonché sui servizi della CGIL e degli enti o società, con o senza scopo di lucro, istituiti o costituiti dal sindacato CGIL per il perseguimento delle medesime finalità di cui sopra.

I Suoi dati, inoltre, potranno essere comunicati anche alla CGIL, alle sue federazioni di categoria nazionali, regionali e/o territoriali, ivi compreso lo SPI, nonché alle CGIL regionali e alle Camere del Lavoro territoriali e metropolitane, ai CAAF CGIL SRL costituiti dalla CGIL stessa, alle altre società di servizio costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi statutari o, comunque, con essa convenzionate o affiliate, al SUNIA, alla Federconsumatori, all'AUSER e alle altre associazioni costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi istituzionali e/o statutari, agli enti bilaterali, affinché questi ultimi provvedano all'invio delle informative istituzionali predette oppure affinché possano erogarle, su incarico che abbia loro già conferito o che conferirà successivamente, altri servizi di loro competenza, connessi alla tutela in ambito lavorativo, fiscale, contabile, assicurativo, previdenziale ed assistenziale.

I dati, che saranno acquisiti direttamente da Lei, da familiari o, comunque, dagli enti previdenziali ed assistenziali ai sensi dell'art. 116 del d.lgs. 196/03, verranno trattati in quanto necessario per l'adempimento del contratto concluso (art. 6, lett B, del Reg. UE 2016/679) e, per quanto concerne i dati particolari, sulla base del Suo espresso consenso (art. 9, lett B del Reg. UE), revocabile in qualsiasi momento.

Il trattamento dei dati per finalità di informativa promozionale e istituzionale, nonché l'eventuale comunicazione ad altri titolari, come successivamente specificato, saranno effettuati sulla base del Suo consenso (art. 9, lett B del Reg. UE), revocabile in qualsiasi momento, mentre il trattamento dei dati previamente anonimizzati per finalità statistiche viene effettuato sulla base del legittimo interesse del titolare, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett f) non prevalendo alcun diritto o libertà fondamentale dell'interessato, dato che non sarà più identificabile.

**Conservazione dei dati.** I dati verranno trattati per il periodo di tempo necessario all'espletamento del mandato e, successivamente, per le finalità di conservazione consentita e imposta dalla normativa in vigore, per i dieci anni successivi all'esaurimento dello stesso o, comunque, per il numero di anni necessari per la tutela dell'assistito in caso di revisione del trattamento previdenziale e/o assistenziale conseguito. Decorso tale periodo i dati trattati verranno cancellati, ad esclusione dei dati di contatto dell'interessato, nel caso in cui lo stesso abbia prestato il consenso per le finalità di comunicazione istituzionale, nel quale caso i dati saranno cancellati in esito alla revoca dello stesso.

**Natura del conferimento e conseguenze in caso di rifiuto.** Il conferimento dei dati è facoltativo ma essenziale per l'adempimento del mandato conferito. Tuttavia, qualora Lei si rifiuti di conferire i dati richiesti, potrebbe essere impossibile o particolarmente difficoltoso adempiere correttamente all'incarico conferito. In tal caso Lei si segnala che qualora INCA non sia in grado di eseguire correttamente il mandato a causa del mancato conferimento di taluni dati necessari, quest'ultimo non sarà tenuto a rispondere dell'eventuale danno subito dall'assistito.

Ovviamente la prestazione del consenso per le finalità non strettamente connesse all'adempimento dell'incarico è facoltativo, e in mancanza di prestazione non subirà alcuna conseguenza pregiudizievole salvo che, oltre a non ricevere alcuna comunicazione istituzionale da parte dell'Inca, laddove si rivolga alla CGIL e/o alle società (es. CAAF) o alle associazioni (es. Auser) dalla stessa costituite dovrà necessariamente conferire i dati eventualmente già conferiti al Patronato perché quest'ultimo non potrà metterli a disposizione dei predetti titolari.

**Ambito di comunicazione e diffusione dei dati.** Al fine di adempiere all'incarico i Suoi dati, comuni e particolari, potranno essere trasmessi e comunicati ad altri soggetti quali, in particolare, gli enti o organismi pubblici o privati assistenziali e previdenziali, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito, tra i quali il datore di lavoro, l'ente previdenziale o l'ente assistenziale di afferenza, il Ministero del Lavoro, l'autorità di pubblica sicurezza, l'autorità giudiziaria, istituti bancari ed assicurativi. I dati potranno inoltre essere comunicati, per le stesse finalità, ai professionisti (avvocati e commercialisti) o comunque ai consulenti ai quali Lei abbia conferito l'incarico di tutelarla in sede amministrativa e giudiziaria.

In seguito a Suo specifico consenso, i Suoi dati potrebbero essere comunicati, per consentirle di usufruire dei servizi fiscali, contabili, sindacali o simili offerti da tali soggetti, o comunque per essere informati sui servizi medesimi, alla CGIL, alle sue federazioni di categoria nazionali, regionali e/o territoriali, ivi compreso lo SPI, nonché alle CGIL regionali e alle Camere del Lavoro territoriali e metropolitane, ai CAAF CGIL SRL costituiti dalla CGIL stessa, alle altre società di servizio costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi statutari o, comunque, con essa convenzionate o affiliate, al SUNIA, alla Federconsumatori, all'AUSER e alle altre associazioni costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi istituzionali e/o statutari, agli enti bilaterali.

La si informa altresì del fatto che i Suoi dati personali, sia comuni sia sensibili, potrebbero essere resi noti a tutti i soggetti, siano essi persone fisiche o giuridiche, espressamente autorizzati al trattamento o designati quali responsabili del trattamento, quindi comunque tenuti agli stessi obblighi di riservatezza ai quali è tenuto il Patronato ed espressamente istruiti sull'osservanza delle norme di sicurezza.

I suoi dati personali non saranno in nessun caso diffusi ma, nel caso in cui l'ente al quale deve richiedere il beneficio abbia sede all'estero, i dati, anche particolari, potrebbero essere trasferiti in paesi extra UE che non prevedono garanzie adeguate per la protezione dei dati e/o per i quali la Commissione Europea non ha espresso una decisione di adeguatezza. In tali casi il Patronato si è convenzionato con enti aventi sedi in tali stati, designandoli responsabili del trattamento ed impegnandoli a rispettare le disposizioni previste dal Regolamento UE, ma tale impegno non si estende all'ente ai quali i responsabili dovranno comunicare i dati, per cui il trasferimento nei predetti Stati avverrà solo previo espresso consenso.

**Diritti riconosciuti.** Il Patronato Le segnala che gode del diritto di chiedere, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la loro portabilità presso altro titolare, così come gode del diritto di chiedere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso. Potrà in ogni momento revocare il consenso eventualmente prestato, fermo restando che tale revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Per l'esercizio di tali diritti potrà scrivere al Responsabile della Protezione dei Dati nominato ([privacy@inca.it](mailto:privacy@inca.it)).

L'interessato ha inoltre il diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo dello Stato dell'Unione Europea in cui risiede abitualmente, in cui lavora oppure dove si è verificata la presunta violazione. L'autorità competente, per l'Italia, è il Garante per la protezione dei dati personali, il quale ha messo a disposizione le istruzioni per la proposizione del reclamo sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

**Invalidità Civile, Accompagnamento, Cecità, L.104/92 maggiorenni**

cognome				nome			
data di nascita	/	/		luogo di nascita	( )		
codice fiscale							
residente a					( )	CAP	
via/corso						n.	
telefono				email			
STATO CIVILE (se diverso da celibe/nubile)							
coniugato/unito civilmente		data e luogo del matrimonio					
ALLEGARE COPIA DEL CODICE FISCALE DEL CONIUGE							
separato/divorziato		data omologa sentenza					
vedova/o		data decesso coniuge					
CITTADINANZA (se diversa da quella italiana)							
cittadino dell'Unione Europea, iscritto all'anagrafe del Comune di					in data		
cittadino extracomunitario/rifugiato/apolide							
ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITÀ							

il richiedente è interdetto? NO SI compilare la pagina 2 inserendo i dati del tutore/amministratore di sostegno

CERTIFICATO MEDICO TELEMATICO AP68

PRIMO RICONOSCIMENTO

AGGRAVAMENTO

numero certificato

inoltrato in data / /

ALLEGARE COPIA COMPLETA DEL CERTIFICATO MEDICO TELEMATICO

percepisce già prestazioni di accompagnamento per cause di guerra, di lavoro o di servizio? NO SI

percepisce già prestazioni di accompagnamento per cecità? NO SI

è attualmente ricoverato? NO SI se sì, compilare i campi sottostanti

denominazione struttura/ospedale e reparto

indirizzo struttura/ospedale

è ricoverato totali spese proprie a titolo gratuito in convenzione con ente pubblico

ALLEGARE COPIA ULTIMA RICEVUTA DI PAGAMENTO CON IMPORTO (se retta a carico totale o parziale)

SOLO PER RICHIEDENTI FRA I 18 E I 66 ANNI (67 anni non ancora compiuti)

attualmente lavora? NO SI se sì, reddito annuale derivante da lavoro

possiede redditi? NO SI allegare copia integrale del 730/Modello UNICO/CU lavoro dipendente proprio e del coniuge

MODALITÀ DI PAGAMENTO conto corrente libretto carta prepagata

IBAN

nel caso di conto corrente/libretto postale, indicare il CAB frazionario dell'Ufficio Postale

la modalità di pagamento è cointestata? NO SI

**ALLEGARE IL MODELLO DI "ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ" FIRMATO DAL RICHIEDENTE O DAL TUTORE/AMMINISTRATORE**

il richiedente è già iscritto alla CGIL?

SI allegare copia della tessera sindacale

NO la pratica in convenzione per la richiesta di L.104/92 per i non iscritti ha un costo di 20€

Data di compilazione questionario

Firma per conferma dati

**IN CASO DI RICHIEDENTE MAGGIORENNE INTERDETTO, INSERIRE I DATI DEL TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/CURATORE**

cognome				nome	
data di nascita	/	/		luogo di nascita	( )
codice fiscale					
residente a					( ) CAP
via/corso					n.
telefono				email	
IN QUALITÀ DI:					
tutore				amministratore di sostegno	curatore

**ALLEGARE COPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ E DEL CODICE FISCALE DEL TUTORE/AMMINISTRATORE/CURATORE**

**ALLEGARE COPIA DEL DECRETO DI NOMINA A TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/CURATORE**

**ALLEGARE COPIA DEL MODELLO DI "ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ" FIRMATO DAL TUTORE/AMMINISTRATORE/CURATORE**

## Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile – 1 / 2

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)



### Assunzione di responsabilità

*(Il presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

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 \_\_\_\_\_

### Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'Inps, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciro il Grande, n. 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE, sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge.

Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. Nei casi previsti da disposizioni legislative o, se previsto per legge, di regolamento e nel rispetto dei limiti dagli stessi fissati, i dati personali possono essere comunicati dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati che operano in qualità di autonomi Titolari del trattamento, nei limiti strettamente necessari e per la sola finalità per cui si è proceduto alla comunicazione. La diffusione dei dati forniti è possibile solo su espressa previsione di legge o, se previsto per legge, di regolamento.

Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'Inps, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'Inps nel garantire il rispetto del Regolamento UE (art. 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei Paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi.

Nei casi previsti, lei ha il diritto ad opporsi al trattamento o ad ottenere dall'Inps, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciro il Grande, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: [responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it](mailto:responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it).

Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'Inps in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti, possono essere reperiti sul sito istituzionale [www.inps.it](http://www.inps.it), "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it) del Garante per la protezione dei dati personali.



## Permessi giornalieri (3gg al mese) L.104/92 per lavoratori dipendenti del settore privato

- carta d'identità e codice fiscale del lavoratore richiedente i permessi
- delega alla presentazione da parte di terza persona corredata dalla carta d'identità del delegato
- carta d'identità del disabile maggiorenne
- codice fiscale del disabile sia maggiorenne che minorenni (parente entro il 2° o 3° nel caso di parente più prossimo)
- informazioni sullo stato civile sia del richiedente i permessi che del disabile
  - se coniugato o in un'unione civile: data e luogo del matrimonio o dell'unione civile
  - codice fiscale del coniuge
  - se separato/divorziato: copia della sentenza di separazione/divorzio
  - se si è sciolta l'unione civile: copia del provvedimento di scioglimento dell'unione
  - se vedova/o: data del decesso del coniuge
- verbale L.104/92 art. 3 comma 3 rilasciato dalla commissione Invalidi Civili dell'ASL**
- data di assunzione e matricola INPS dell'azienda (possono essere tratti dalla busta paga o richiesti all'azienda stessa)
- mandato di patrocinio firmato in originale dal richiedente
- se il permesso dei 3gg è già in uso da parte di altro familiare**
- dichiarazione di rinuncia ai permessi firmata dall'altro utilizzatore + carta d'identità

I dipendenti pubblici devono richiedere i permessi e il congedo straordinario direttamente alla propria Amministrazione di appartenenza.

**Permessi mensili (3gg) L.104/92**

cognome				nome		
data di nascita	/	/	luogo di nascita	(	)	
codice fiscale						
residente a				(	) CAP	
via/corso					n.	
telefono				email		

**DATI ANAGRAFICI DEL DISABILE TITOLARE DI L.104/92 IN SITUAZIONE DI GRAVITÀ**

cognome				nome		
data di nascita	/	/	luogo di nascita	(	)	
codice fiscale						
è residente con il richiedente?	SI	NO	specificare nella riga sotto la residenza, se diversa da quella del richiedente			
residenza						

fruisce o intende fruire dei permessi anche per altri disabili?	SI	NO
grado di parentela del richiedente con il disabile?		

**DATI AZIENDA**

matricola INPS azienda  
ALLEGARE UNA BUSTA PAGA

qualifica	operaio	impiegato	apprendista	dirigente
contratto	tempo indeterminato	tempo determinato	data fine contratto	
attività	tempo pieno	part time orizzontale	part time verticale	part time misto
orario giornaliero di lavoro (ore/minuti)				

altri familiari beneficiano dei permessi mensili per lo stesso disabile?	NO	SI	
altri familiari stanno usufruendo di un periodo di congedo straordinario per lo stesso disabile?	NO	SI	
il disabile è ricoverato a tempo pieno?	NO	SI	ALLEGARE RICHIESTA DI ASSISTENZA CONTINUA DA PARTE DELLA STRUTTURA
risiede a una distanza pari o inferiore a 150Km dal disabile?	NO	SI	

**ALLEGARE COPIA DEL VERBALE DI L.104/93 ART. 3 COMMA 3**

**ALLEGARE DICHIARAZIONE FIRMATA A PAG 3 DAL DISABILE E PAG 4 DAL RICHIEDENTE I PERMESSI**

**ALLEGARE TASSATIVAMENTE COPIA CARTA D'IDENTITÀ DEL DISABILE E DEL RICHIEDENTE**

il richiedente è già iscritto alla CGIL?	NO	SI	allegare copia della tessera sindacale
--	----	----	--

Data di compilazione questionario	Firma per conferma dati
-----------------------------------	-------------------------



**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



*Se l'interessato è soggetto a tutela, a curatela o ad amministrazione di sostegno, la presente dichiarazione è resa e sottoscritta rispettivamente dal tutore o dall'interessato con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno. (art.5 del DPR 445/2000).*

### **Dati e dichiarazione del tutore / curatore / amministratore di sostegno**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Nato/a il: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_ Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di: (1) tutore (2) curatore (3) amministratore di sostegno

Decreto di nomina n: \_\_\_\_\_

del: \_\_\_\_\_

rilasciato dal tribunale di: \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere nelle condizioni dichiarate dal richiedente dal quale intendo essere assistito.**

firma \_\_\_\_\_

*Se la firma non è apposta in presenza dell'impiegato,  
la presente dichiarazione deve essere inoltrata unitamente  
alla fotocopia di un documento di riconoscimento*

**Dichiarazione sostitutiva di atto notorio**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara, ai sensi dell'art. 47, D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dell'allegato documento in originale contenente la dichiarazione relativa alla scelta del referente unico dell'assistenza, di cui all'art 42, comma 5, del d.lgs. n. 151 del 2001, e di impegnarsi a conservarlo ed a produrlo all'INPS per ogni eventuale verifica connessa all'istruttoria relativa alla domanda per l'assistenza del familiare disabile.

Li, \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

*NOTA: La presente Dichiarazione del disabile maggiorenne non costituisce ricevuta di presentazione della domanda.*

