

**QUESTIONARIO DA ALLEGARE ALLE DOMANDE
DI PENSIONE AI SUPERSTITI IN REGIME U.E.**

Con il presente questionario l'INPS-gestione ex ENPALS desidera conoscere il maggior numero di informazioni possibili sulla Sua vita lavorativa all'estero.

Le notizie che Le chiediamo, unitamente ai documenti assicurativi in Suo possesso che allegherà al presente questionario, sono indispensabili per accertare nel più breve tempo possibile, presso le Istituzioni degli Stati in cui Lei ha prestato attività lavorativa, il diritto alla pensione di vecchiaia o di invalidità in regime U.E. che ha richiesto.

Se preferisce, potrà rivolgersi ad uno degli Enti di patronato riconosciuti dalla legge che Le daranno assistenza completamente gratuita per tutto ciò che attiene la compilazione, l'inoltro della pratica di pensione ed i rapporti con i nostri uffici per la definizione della stessa.

Richiedente la pensione:

Cognome _____ Nome _____

Cognome del coniuge _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Cittadinanza (1) _____ data di naturalizzazione ____/____/____

Residente a _____ Prov. _____ C.a.p. _____

Via _____ n. _____ Stato _____

E-mail _____ Cell. _____

Stato civile (2) _____

Il richiedente era a carico del defunto? SI NO

Note

(1) Alleghi la relativa certificazione o la dichiarazione sostitutiva.

(2) Indichi il Suo stato attuale: celibe/nubile, coniugato/a, vedovo/a, separato/a legalmente, divorziato/a. In caso di convivenza, i richiedenti la pensione a carico dei Paesi Bassi, dell'Islanda, della Finlandia, della Norvegia e del Belgio dovranno fornire notizie sul/la convivente negli allegati al presente modulo riguardanti tali Paesi.

Indichi con una X lo Stato o gli Stati in cui il richiedente ha lavorato o ha risieduto.

A	AUSTRIA	GR	GRECIA	P	PORTOGALLO
B	BELGIO	H	UNGHERIA	PL	POLONIA
BG	BULGARIA	IE	IRLANDA (EIRE)	RO	ROMANIA
CY	CIPRO	IS	ISLANDA	E	SPAGNA
CZ	REPUBBLICA CECA	FL	LIECHTENSTEIN	S	SVEZIA
DK	DANIMARCA	L	LUSSEMBURGO	SI	SLOVENIA
EST	ESTONIA	LT	LITUANIA	SK	SLOVACCHIA
FIN	FINLANDIA	LV	LETTONIA		
F	FRANCIA	MT	MALTA		
D	GERMANIA	N	NORVEGIA		
GB	GRAN BRETAGNA IRLANDA DEL NORD	NL	PAESI BASSI	CH	SVIZZERA

QUADRO 1**NOTIZIE CONCERNENTI I PERIODI DI ATTIVITÀ LAVORATIVA**

Stato dove la persona defunta ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove la persona defunta ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove la persona defunta ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

Stato dove la persona defunta ha lavorato o risieduto _____

Luogo di residenza	Periodo di attività o di residenza		Tipo di attività svolta (vedi nota 1)	Tipo di assicurazione (vedi nota 2)
	dal	al		

ATTENZIONE: SE LA PERSONA DEFUNTA HA LAVORATO IN AUSTRIA - BELGIO - DANIMARCA - FINLANDIA - FRANCIA - ISLANDA - LIECHTENSTEIN - NORVEGIA - PAESI BASSI - PORTOGALLO - SPAGNA - SVEZIA, DOPO AVER COMPILATO IL PRESENTE QUADRO I FORNISCA LE ULTERIORI NOTIZIE RICHIESTE NEGLI APPOSITI ALLEGATI RELATIVI AI SUDETTI STATI

O DI RESIDENZA ALL'ESTERO DELL'ASSICURATO O PENSIONATO DEFUNTO

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

N.B.: Alleghi tutti i documenti assicurativi in Suo possesso

Cognome e nome del datore di lavoro (o denominazione della ditta) Località e indirizzo	Istituzione estera (vedi nota 3)	N° di individuazione estero (vedi nota 4)

NOTE

1. Indichi "dipendente", se il defunto aveva lavorato alle dipendenze di terzi, "autonoma" in tutti gli altri casi, specificando il tipo di attività autonoma svolta. Non indichi niente in caso di sola residenza.
2. Indichi se si tratta di assicurazione obbligatoria o volontaria.
3. Indichi l'Istituzione estera presso la quale il defunto è stato assicurato per l'invalidità, la vecchiaia e la morte.
4. Indichi con esattezza il numero di matricola o di assicurazione estera che è rilevabile dai documenti assicurativi esteri del defunto e, per la Danimarca, la Svezia e la Norvegia, il numero di identificazione personale. Questi dati sono fondamentali ai fini della ricostruzione della carriera assicurativa estera, in particolare per chi ha lavorato in Francia e in Germania.

DATI ANAGRAFICI E STATO CIVILE

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Prov. _____ Stato _____ Nazionalità _____

Coniugato/a il _____ con _____
(cognome e nome del coniuge)

Vedovo/a dal _____ separato/a dal _____

Divorziato/a dal _____ rimaritato/a dal _____

INDIRIZZO ALLA DATA DELLA MORTE

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ Stato _____

NOTIZIE RELATIVE ALLA MORTE

Data della morte _____ Luogo della morte _____

La morte è stata causata:

- da infortunio o malattia professionale? SI NO
- da una terza persona? SI NO
- da un evento accidentale? SI NO

Nel caso la scomparsa dell'assicurato o pensionato dal suo ultimo domicilio indichi:

- la data alla quale risale l'ultima notizia _____
- le circostanze della scomparsa

- la data della denuncia di scomparsa alla polizia _____
- ovvero, la data della dichiarazione di morte presunta _____

ALTRE NOTIZIE

- Esercitava un'attività lavorativa retribuita? SI NO
- Era titolare di pensione alla data del matrimonio? SI NO
- Era titolare di pensione alla data della morte? SI NO

Se "SI" indichi:

da lavoro autonomo da lavoro dipendente per residenti

- Il numero della pensione _____ il tipo _____
- l'Istituzione che la erogava _____

• la data di decorrenza _____

e dell'eventuale cessazione _____

- aveva chiesto il differimento della pensione? SI NO

Se "SI" indichi:

- lo Stato _____
- la decorrenza prescelta _____

- aveva chiesto il rimborso dei contributi? SI NO

• Se "SI" indicare lo Stato _____

QUADRO 3 NOTIZIE CONCERNENTI I FAMILIARI DELL'ASSICURATO O PENSIONATO DEFUNTO

CONIUGE

A) Dati anagrafici:

_____ nato/a il _____
(cognome e nome)

- Era a carico del coniuge deceduto? SI NO

Se "SI" indichi:

- Se percepisce assegni familiari o una pensione per orfani? SI NO

• E da quale Istituzione: _____

- La vedova alla morte del marito era incinta? SI NO

Se "SI" indichi la data presumibile del parto _____

FIGLI

A) Dati anagrafici dei figli:

Cognome, nome e condizione (5) Luogo e data di nascita, matrimonio o morte Relazione di parentela (6)

1. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

2. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

3. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

4. _____ nato/a _____ il _____
 _____ coniugato/a _____ il _____
 a carico? SI NO deceduto/a _____ il _____

B) Indirizzo dei figli:

I figli risiedono con il richiedente la pensione? SI NO

Se "NO" indichi l'indirizzo del/i figlio/i:

1. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

2. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

3. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

4. Cognome e nome _____
 Via _____ N° _____ C.A.P. _____ Città _____

C) Redditi dei figli (indicare gli importi annuali)

	Attività lavorativa e Retribuzione (7)	Pensioni o indegnità	Altri redditi (8)	specificare la natura
Figlio N°1	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____	_____
Figlio N°2	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____	_____
Figlio N°3	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____	_____
Figlio N°4	<input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> autonoma € _____	€ _____	€ _____	_____

(5) Indicare se si tratta di figlio disabile, studente, apprendista, etc..

(6) Indicare se si tratta di figlio legittimo, naturale o adottivo.

(7) Si devono dichiarare tutti i redditi ad eccezione delle indennità di buonuscita, prestazioni familiari, arretrati salariali, rendite vitalizie per infortuni sul lavoro o malattie professionali, pensioni di guerra, pensioni per infortuni occorsi durante il servizio militare, assegno di sostentamento e cura, indennità di trasferta.

(8) per "altri redditi" si intende redditi derivanti da beni immobili o da capitali (depositi o c/c bancari e postali, titoli pubblici, fondi di investimento, azioni, obbligazioni, etc.)

Vengono erogate prestazioni familiari per qualche figlio? SI NO

In caso affermativo indicare:

- il genitore o la persona che riceve le prestazioni _____
- natura della prestazione _____ importo annuo € _____
- nome del figlio _____ € _____
- nome del figlio _____ € _____

Istituzione/i responsabile/i del pagamento di dette prestazioni:

- Denominazione _____
Indirizzo _____
- Denominazione _____
Indirizzo _____

Il figlio menzionato al punto _____ è inabile al lavoro.

È allegato il certificato medico? SI NO

QUADRO 4 NOTIZIE SULL'EVENTUALE ATTIVITÀ LAVORATIVA E SUI REDDITI DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE

Esercita un'attività lavorativa retribuita?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SUBORDINATA <input type="checkbox"/> AUTONOMA	
• Se "SI" indichi l'importo lordo annuo (9) del reddito derivante da tale attività € _____	
Percepisce una pensione?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Se "SI" indichi:	
a) il tipo di pensione _____ n°: _____	
b) l'importo annuo lordo (9) € _____	
c) l'Istituzione che la eroga _____	
Percepisce una pensione o rendita ai superstiti per infortuni o malattie professionali?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Se "SI" indichi:	
a) il numero: _____	
b) l'Istituzione che la eroga _____	
c) se deriva da <input type="checkbox"/> contributi propri <input type="checkbox"/> o del de cuius	
Percepisce assegni familiari?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Se "SI" indichi l'importo € _____ e l'Istituzione debitrice _____	
Percepisce altri redditi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Se "SI" indichi:	
a) la natura del reddito (es. canoni di locazione, interessi su titoli, dividendi, etc.) _____	
b) l'importo lordo annuo (9) di tale reddito: € _____	

NOTA

(9) L'anno da prendere in considerazione è quello di presentazione della domanda di pensione.

INFORMAZIONI SULLA SCELTA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE	
Nome e Cognome	_____
Spazio	_____
<ul style="list-style-type: none"> • Se il rappresentante è un familiare del richiedente • Se il rappresentante è un professionista • Il tipo di rapporto con il richiedente • Benefici che il rappresentante ha diritto di percepire • Benefici che il rappresentante non ha diritto di percepire 	_____

QUADRO 5 – RAPPRESENTANTE LEGALE DEL RICHIEDENTE LA PENSIONE (10)

Nome e Cognome	_____
Indirizzo	_____
Cognome	_____

QUADRO 6 – NOTIZIE SULLA RISCOSSIONE DELLA PENSIONE TRAVELLE BANCARIA (10)

- Dato un nome e un indirizzo della Banca _____
- Il conto bancario con il quale la pensione verrà accreditata _____
- Nome del beneficiario o del beneficiario _____
- Indirizzo dell'organizzatore della Banca _____
- IBAN _____

NOTA

Il richiedente deve essere consapevole che il presente modulo non è un contratto e che _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto, che è consapevole di aver sottoscritto il presente modulo, dichiara di aver fornito tutte le informazioni e di aver fornito _____

Il sottoscritto _____

Notizie relative al richiedente la pensione

Cognome _____ Nome _____ nato a il _____
 a _____ prov. _____ Stato _____

Qualora il richiedente la pensione sia il coniuge superstite separato indicare con una X se trattasi di
 separazione di fatto separazione di diritto

Il richiedente:

1. Vive assieme ad un figlio minore di 21 anni per il quale è stata richiesta o
 è percepita una pensione o rendita annua per il figlio? SI NO
 2. Ha avuto un figlio dalla persona deceduta? SI NO

Qualora il richiedente fosse coniugato con il defunto:

- 3.1. Viveva con la persona deceduta alla data del decesso? SI NO
 Se SI
 da quale data: _____
 Se NO
 3.2. Il richiedente era a carico della persona defunta? SI NO
 4. Alla data del decesso viveva assieme ad un figlio minore di 12 anni che il
 richiedente e o il defunto aveva in custodia? SI NO
 Nome del figlio piccolo _____
 N.ro personale svedese o data di nascita del figlio _____

Qualora il richiedente fosse coniugato ma non coniugato con il defunto:

5. Dopo aver cessato di vivere col coniuge, ma prima della sua morte, il
 richiedente viveva con una persona con cui in precedenza era stato
 coniugato o dalla quale aveva avuto un figlio? SI NO

Qualora il richiedente non fosse coniugato con il defunto alla data della morte:

6. Era stato precedentemente coniugato con la persona deceduta? SI NO
 7. Ha avuto figli dalla persona deceduta? SI NO
 8. Aspettava un figlio dal defunto alla data del decesso? SI NO
 Se SI indichi la data presunta del parto: _____
 9. Si prega di rispondere alla domanda n. 4 _____

Da compilare per le donne nate nel 1944 o anteriormente, per accertare il diritto alla pensione o al vitalizio di reversibilità ai sensi della legislazione previgente.

10. La richiedente è stata coniugata con la persona deceduta in qualsiasi
 data anteriore al 31 dicembre 1989? SI NO
 11. La richiedente ha avuto figli dalla persona deceduta il 31 dicembre 1989
 o prima di tale data? SI NO
 12. La richiedente viveva con la persona deceduta il 31 dicembre 1989? SI NO
 13. Stato civile della richiedente al 31 dicembre 1989
 nubile coniugata vedova divorziata
 14. Stato civile della persona deceduta al 31 dicembre 1989
 nubile coniugato vedovo divorzato

Da compilare se, alla data della morte, il richiedente aveva meno di 50 anni e o all'epoca della morte lo stesso non era stato coniugato o convivente con la persona deceduta per almeno 5 anni.

15. Il richiedente vive con un figlio minore di 16 anni che ha in custodia? SI NO
 Nome del figlio più piccolo _____
 N.ro personale svedese o data di nascita del figlio _____

16. Alla data della morte, il figlio in causa viveva stabilmente con il richiedente nella casa comune del richiedente e della persona deceduta? SI NO
17. Se il figlio non è figlio del richiedente, allegare copia di una sentenza del tribunale o altro documento dove si attesti che il richiedente ha la custodia del figlio.

Da compilare per le donne nate nel 1945 o posteriormente, per accertare il diritto alla pensione/rendita annua alla vedova ai sensi della legislazione vigente.

18. Si prega di rispondere alle domande da 11 a 15.

Da compilare per le donne nate nel 1945 o posteriormente, per accertare il diritto alla pensione o al vitalizio di reversibilità ai sensi della legislazione vigente.

19. Il 31 dicembre 1989, la richiedente viveva con un figlio minore di 16 anni che aveva in custodia? SI NO
 Nome del figlio più piccolo _____
 N.ro personale svedese o data di nascita _____
20. Il 31 dicembre 1989, il figlio in causa viveva stabilmente con la richiedente nella casa comune della richiedente e della persona deceduta? SI NO

Da compilare se la richiedente era coniugata con la persona deceduta il 31 dicembre 1989.

21. La richiedente viveva separata dal marito il 31 dicembre 1989? SI NO
22. Dopo aver cessato di vivere con il marito, ma prima della sua morte, la richiedente viveva con un uomo con cui in precedenza era stata coniugata o dal quale ha o aveva avuto un figlio? SI NO
23. Il 31 dicembre 1989, la richiedente viveva con un figlio minore di 16 anni che aveva in custodia? SI NO
 Nome del figlio più piccolo _____
 N.ro personale svedese o data di nascita _____
24. Il 31 dicembre 1989, il figlio in causa viveva stabilmente con la richiedente nella casa comune della richiedente e della persona deceduta? SI NO

Da compilare se, alla data della morte, il richiedente aveva meno di 50 anni e o non era stato coniugato o convivente con la persona deceduta per almeno 5 anni.

25. Si prega di rispondere alle domande da 16 a 18.

Qualora il coniuge separato richieda la pensione indicate se si tratta di separazione di fatto di diritto

Notizie relative all'assicurato o pensionato deceduto

Cognome e Nome _____

Ultimo indirizzo in Svezia _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data _____

Firma _____

DANIMARCA FINLANDIA ISLANDIA NORVEGIA OLANDA BELGIO

Notizie relative al richiedente la pensione

Cognome _____ Nome _____ Indirizzo _____
 a _____ pros _____ Stato _____
 N° di identificazione estero _____ Per OLANDA indicare il NOI Number _____
 Ultimo indirizzo nel Paese interessato _____

Il coniuge hanno figli in comune (sia naturali che adottati)? SI NO
 Se NO specificare se i figli sono del defunto o del coniuge superstite

Il coniuge superstite si prende cura dei figli? SI NO
 Il richiedente è sposato a persona diversa dall'assicurato-defunto? SI NO
 Il richiedente convive "more uxorio" con qualcuno? SI NO

Solo per i cittadini NORVEGESI:

Qualora al momento della morte il richiedente non fosse sposato con il defunto precisare se:
 - È stato precedentemente sposato con il defunto? SI NO
 - Ha avuto figli dal defunto? SI NO

Qualora la vedova o il vedovo richiedente conviva con un'altra persona precisare se:
 - è stata precedentemente coniugata con il/la convivente? SI NO
 - ha avuto figli dal/la convivente? SI NO

Qualora ciascun figlio abbia un diverso rappresentante legale, indicare le generalità del medesimo di seguito a quelle del figlio rappresentativo.

Cognome e Nome del figlio _____
 Cognome e Nome del rappresentante _____
 Indirizzo _____
 Cognome e Nome del figlio _____
 Cognome e Nome del rappresentante _____
 Indirizzo _____

Notizie riguardanti il/la convivente della/del richiedente la pensione

A. Cognome e Nome _____ Nazionalità _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

B. Sì No (rispondere a C)
 C. Dati reddituali
 Il/la convivente presta attività lavorativa? SI NO

se SI indichi l'importo lordo annuo del reddito derivante da tale attività _____ €

se percepisce altri redditi indichi _____ €

a) la natura del reddito (es. pensioni, canoni di locazioni, interessi su titoli, dividendi, etc)

b) l'importo lordo annuo _____ €



Il/la convivente di età compresa tra il 60 e il 65 anni di età, e munito/a al lavoro?

SI NO

Il convivente ha presentato domanda di pensione? e montare di pensione?

SI NO

se SI indicare:

la categoria il tipo

L'importo lordo annuo settimanale

L'istituzione erogatrice

se derivante da lavoro dipendente autonomo per residenti

riceve prestazioni:

per incapacitazione

SI NO

per malattia

SI NO

per invalidità

SI NO

Notizie relative all'assicurato o pensionato deceduto

Indicare l'ultimo indirizzo nel Paese interessato (Solo per Finlandia e Norvegia)

Si presume che la morte della persona assicurata o pensionata sia conseguenza di un incidente stradale indennizzabile (assicurazione auto obbligatoria)?

SI NO

Solo per i cittadini OLANDESI

L'assicurato era iscritto, alla data della morte, ad un'assicurazione per i superstiti?

SI NO

se SI indicare:

Il tipo di pensione spettante il n.

L'ente erogatore

se si tratta di prestazione basata:

Su periodi assicurativi del richiedente del coniuge

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data _____ Firma _____

Per ciascun figlio che partecipa ad iniziative di formazione indicare il livello di istruzione nonché l'importo dell'indennità mensile eventualmente percepita.

Cognome e nome del figlio

Livello di istruzione

Indennità mensile di formazione €

Solo per i cittadini SPAGNOLI

Indicare il n. della carta di identità nazionale (D.N.I.) anche se scaduta.

Qualora la pensione sia richiesta dal coniuge superstite separato indicare se a tratt. di separazione.

di fatto di diritto

Notizie relative all'assicurato o pensionato deceduto

Per i cittadini spagnoli nati fuori del territorio metropolitano indicare:

Cognomi e nomi del padre

Cognomi e nomi della madre

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara sotto la propria responsabilità che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere.

Data

Firma

FRANCIA LIECHTENSTEIN

Notizie relative al richiedente la pensione

Cognome _____ Nome _____ nato/a il _____
 a _____ prov. _____ Stato _____

Per i figli in fase di formazione o di apprendistato allegare copia del relativo certificato o contratto

Notizie relative all'assicurato o pensionato deceduto

Per i cittadini FRANCESI

- nati fuori del territorio metropolitano indicare:

Cognomi e nomi del padre

Cognomi e nomi della madre

- di età inferiore ai 55 anni che richiedono la pensione di vedova o occorre allegare il rapporto medico redatto su mod. SS3

Per cittadini del LIECHTENSTEIN

Indicare il numero di assicurazione AVV n _____

Per i figli in fase di apprendistato allegare copia del relativo certificato o contratto

Se del caso, indicare il cognome e nome, l'indirizzo del rappresentante legale (consulente, tutore, curatore)

Cognome _____ Nome _____
 Via _____ CAP _____
 Comune _____ prov. _____ Stato _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiara, sotto la propria responsabilità che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo sono veritiere

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.

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 soppressa 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.