

**Elementi socio-economici necessari per la concessione
e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 1/3**

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

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

La sottoscritta _____ in qualità di rappresentante legale si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

La sottoscritta _____ in qualità di rappresentante legale 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.

**Elementi socio-economici necessari per la concessione
e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 2/3**

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

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.

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, '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 del Garante per la protezione dei dati personali.



**Elementi socio-economici necessari per la concessione
e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 3/3**

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

Autenticazione della sottoscrizione (Spazio riservato al pubblico ufficiale)

L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario INPS, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000)

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig./Sig.ra _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaa) _____

e dal Sig./Sig.ra _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaa) _____

Luogo e Data _____ Firma del funzionario _____

In caso di impedimento alla firma compilare il la parte sottostante

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig./Sig.ra _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaa) _____

Impossibilitato a firmare

poiché incapace di scrivere

poiché impedito per cause di natura fisica

Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (D.P.R. 445/2000 art.4 comma 2)

compilata e sottoscritta dal Sig./Sig.ra _____

grado di parentela _____

(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a con documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaa) _____

Firma del parente dichiarante _____

Data _____ Firma del funzionario _____

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

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

Quadro E**● Consenso alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro**

compilare a cura dei genitori del minore richiedente la presentazione in caso di consenso alla riscossione da parte di un genitore nei confronti dell'altro

Il / La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

consente che, in caso di riconoscimento della prestazione assistenziale richiesta per il minore:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

il pagamento venga corrisposto all'altro genitore:

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data _____ Firma di entrambi genitori _____

● Autenticazione della sottoscrizione

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario INPS, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza _____

e dal Sig/Sig.ra _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza _____

Luogo _____ e data _____

Firma del funzionario _____

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

N.B. Il presente foglio deve essere stampato, firmato, autenticare le firme ed allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.