



PROTOCOLLO

## Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie - 1/3

ALL'UFFICIO INPS DI

COGNOME   NOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

STATO CIVILE

RESIDENTE IN   PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

TELEFONO \*   CELLULARE \*

INDIRIZZO E-MAIL\*

attualmente alle dipendenze di \_\_\_\_\_ ,

**Chiedo** l'anticipazione del Trattamento di Fine Rapporto per l'ammontare di euro \_\_\_\_\_  
per spese sanitarie da sostenere:

- per me
- per il mio coniuge:  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_
- per mio/a figlio/a:  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_
- per il mio parente o affine:  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_
  - In tal caso, dichiaro di provvedere in modo prevalente e continuativo al mantenimento del suddetto parente/affine

## Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie - 2/3

A tal fine allego i documenti indicati in calce e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, dichiaro:

- che la mia famiglia è composta da:
  - cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_
  - cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_
  - cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_
  - cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_
  - cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_
  - cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_
- di aver presa visione del Regolamento per l'attuazione nell' ambito dei fondi di previdenza esattoriali e dazieri della normativa sulle anticipazioni del Trattamento di Fine Rapporto di cui alla legge 29 maggio 1982, n.297, nel testo aggiornato con le modifiche approvate dal commissario straordinario dell'INPS con determinazione n.734 del 17 giugno 2003;
- di aver preso atto, in particolare, del contenuto dell'art.11 del Regolamento citato il quale, mi obbliga a documentare a codesti uffici l'avvenuta utilizzazione dell'anticipazione per le finalità oggetto della richiesta entro il termine di 180 giorni dalla data di effettuazione della spesa e comunque non oltre la data di cessazione dal servizio nel caso la cui risoluzione del rapporto di lavoro intervenga prima del termine anzidetto;
- di accettare incondizionatamente che l'Istituto recuperi, al lordo delle imposte, le somme non utilizzate conformemente ai titoli per cui sono state attribuite, maggiorate di una penale pari agli interessi legali di cui all'art. 1284 c.c. sull'importo anticipato, tenendo conto dell'evoluzione dei saggi nel periodo di tempo per il quale il lavoratore ha usufruito dell'anticipazione sino alla data del recupero; ove non recuperate precedentemente, dette somme verranno trattenute sul Trattamento di Fine Rapporto.

## Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie - 3/3

● **Chiedo** infine che il pagamento dell'anticipazione avvenga mediante:

- bonifico domiciliato presso Ufficio Postale
- corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN

Codice IBAN (composto da 27 caratteri) \_\_\_\_\_

**Mi impegno a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione lavorativa sopra indicata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni rese.**

**Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

● **Mandato di assistenza e rappresentanza**

Io sottoscritto delego il Patronato \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'art. 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps per la trattazione della presente domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Timbro del patronato e firma dell'Operatore \_\_\_\_\_

## 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 Ciriolo 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 garantire 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 Ciriolo 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](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.

## Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie

**Alla domanda è necessario allegare la seguente documentazione:**

### **Spese mediche già sostenute**

- copia di un documento di identità personale
- copia del tesserino del codice fiscale
- questionario fiscale compilato e sottoscritto dal datore di lavoro
- dichiarazione dell'azienda attestante lo stato di servizio del lavoratore e la sua condizione di dipendente dell'azienda all'atto della presentazione della domanda di anticipazione del TFR
- fatture di spesa quietanzate di data non anteriore a sei mesi dalla richiesta
- certificato rilasciato dalle competenti strutture pubbliche, attestante la straordinarietà della terapia e/o dell'intervento cui le spese sanitarie si riferiscono

### **Spese mediche da sostenere**

- copia di un documento di identità personale
- copia del tesserino del codice fiscale
- questionario fiscale compilato e sottoscritto dal datore di lavoro
- dichiarazione dell'azienda attestante lo stato di servizio del lavoratore e la sua condizione di dipendente dell'azienda all'atto della presentazione della domanda di anticipazione del TFR
- fatture di spesa quietanzate di data non anteriore a sei mesi dalla richiesta (se presenti)
- certificato rilasciato dalle competenti strutture pubbliche, attestante la straordinarietà della terapia e/o dell'intervento cui le spese sanitarie si riferiscono
- preventivi di spesa redatti dalle strutture sanitarie prescelte o da colui il quale eseguirà la terapia o l'intervento, nonché delle spese complementari essenziali (spese di viaggio e di soggiorno per l'interessato o per eventuali accompagnatori)