

Domanda contributo per cure termali Nuovo Fondo di Mutualità - 1/2

● Io sottoscritto/a

COGNOME		NOME			
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA			
A		PROV.		STATO	
COMUNE DI RESIDENZA					
INDIRIZZO		PROV.		CAP	
TELEFONO		CELLULARE			
E-MAIL*					

● **Chiedo** di poter essere iscritto/a al concorso per beneficiare del contributo per cure termali.

● **Allego** la necessaria documentazione:

- certificato medico ASL attestante la necessità della cura
- copia cedolino stipendio o pensione
- copia di un documento d'identità in corso di validità.

inoltre dichiaro di non aver fatto richiesta di analogo contributo presso altri Enti.

● Modalità di pagamento

- conto corrente postale
- conto corrente bancario italiano
- carta prepagata abilitata alla ricezione di bonifici bancari da parte delle Pubbliche Amministrazioni.
(tutti intestati o cointestati al richiedente la prestazione)

CODICE IBAN

(composto da 27 caratteri)

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

Data _____

Firma _____

● Modalità di consegna della domanda

- a mezzo raccomandata A/R o assicurata convenzionale all'indirizzo:
INPS - Direzione centrale Sostegno alla non autosufficienza, invalidità civile e altre prestazioni. Area prestazioni creditizie e sociali. Normativa e contenzioso - Viale Aldo Ballarin, 42 - 00142 Roma.
- tramite PEC al seguente indirizzo: dc.invaliditacivilecreditowelfare@postacert.inps.gov.it (raggiungibile solo da altra casella PEC).



Domanda contributo per cure termali Nuovo Fondo di Mutualità - 2/2

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 Direzione centrale Sostegno alla non autosufficienza, invalidità civile e altre prestazioni.