INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Struttura "Integrazione delle funzioni del soppresso IPOST nell ' INPS"

PROTOCOLLO

Concorso
Gravi Malattie e Handicap Gravi
COD. MV51

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
GRAVI MALATTIE E GRAVI HANDICAP - cod. 10/2012 e cod. 11/2012

(Scrivere in stampatello - Riempire tutti i campi pena l'esclusione)

☐ cod. 10/2012 **Gravi Malattie** ☐ cod. 11/2012 **Handicap Grave**

Il sottoscritto

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

PROV. RESIDENTE IN

PROV. CAP INDIRIZZO

☐ di essere attualmente dipendente di Poste Italiane S.p.A. presso l'Ufficio di _____ (____)
☐ di essere pensionato INPS – ex IPOST matr. _____ fasc. _____, decorrenza pensione _____;

☐ che il soggetto colpito da Grave malattie gode di indennità di accompagnamento
☐ non gode di indennità di accompagnamento;
(barrare una delle due caselle solo in caso di richiesta di contributo per Grave Malattia)

L'ISEE riferita al nucleo familiare del richiedente, valido alla data di scadenza del bando è pari a €_____

Dichiara altresì che la propria famiglia così si compone:

1 **Richiedente**
Dipendente/Pensionato

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

CODICE FISCALE

2 **Coniuge**

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

CODICE FISCALE

PROFESSIONE

INPS

Struttura "Integrazione delle funzioni del soppresso IPOST nell ' INPS"

Concorso
Gravi Malattie e Handicap Gravi
COD. MV51

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
GRAVI MALATTIE E GRAVI HANDICAP - cod. 10/2012 e cod. 11/2012

e dai seguenti componenti il nucleo familiare (specificare il grado di parentela):

3 _____ *(grado di parentela)*

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

CODICE FISCALE

4 _____ *(grado di parentela)*

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

CODICE FISCALE

5 _____ *(grado di parentela)*

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

CODICE FISCALE

6 _____ *(grado di parentela)*

COGNOME NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA A

CODICE FISCALE

- **Dichiarazione aggiuntiva**: dichiara di non godere di analogo contributo da parte di altri Enti o Formazioni sociali pubbliche e private o da Assicurazioni private personali o aziendali.
- Acconsente all'utilizzo dei dati trasmessi e allega la seguente documentazione:
  - fotocopia non autenticata di documento di identità del richiedente
  - originali della documentazione attestante le spese delle quali si richiede il rimborso.
  - soltanto per concorso gravi malattie: documentazione sanitaria in originale attestante la grave patologia e le tipologie di cure necessarie;
  - soltanto per concorso handicap grave: certificato in originale rilasciato dalla Commissione Medica di Prima Istanza della ASL competente, attestante il tipo di handicap e il riconoscimento dell'art. 3 comma 3 Legge 104/1992.

INPS

Struttura "Integrazione delle funzioni
del soppresso IPOST nell ' INPS"

Concorso
Gravi Malattie e Handicap Gravi
COD. MV51

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
GRAVI MALATTIE E GRAVI HANDICAP - cod. 10/2012 e cod. 11/2012

indirizzo per comunicazioni:

_____

telefono abitazione _____ cellulare _____ telefono ufficio _____

e-mail _____

Barrare la casella di scelta della modalita' di pagamento:

○ assegno circolare

○ bonifico bancario/postale:

CODICE IBAN

Indicare l'Istituto di Credito _____

Data _____ **Firma** _____

Informativa resa ai concorrenti

(dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 - "Privacy")

Inps con sede in Roma, Via Ciro il Grande 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 della domanda, 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 a 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 di Inps 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. Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura competente all'istruttoria.