



Domanda di collocamento mirato - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

Il sottoscritto

COGNOME NOME

SECONDO COGNOME SESSO M F

NATO/A IL GG/MM/AAAA CODICE FISCALE

A PROV. STATO

NUMERO TESSERA SANITARIA

Chiede di essere sottoposto ad accertamento sanitario per

COLLOCAMENTO MIRATO
iscrizione nelle liste di Collocamento per disabili ai sensi art. 1 Legge n. 68 del 12.03.1999 (dal 15° anno al 65°).

Ai fini di cui sopra consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità ai sensi della legge n. 445/2000

Dichiara

a) di essere stato riconosciuto

con verbale del _____ (da consegnare alla commissione medica all'atto della visita)

su sentenza del _____ (da consegnare alla commissione medica all'atto della visita)

Invalido civile con percentuale _____ %,

data di revisione prevista per il _____ (indicare la data di scadenza del verbale sanitario)

minorato psichico sì no (ai fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295)

Cieco con data di revisione prevista per il _____ (indicare la data di scadenza del verbale sanitario)

Sordo civile con data di revisione prevista per il _____ (indicare la data di scadenza del verbale sanitario)

b) di essere:

cittadino italiano

cittadino U.E. iscritto nell'anagrafe del Comune di _____ dal _____

cittadino extracomunitario in possesso di: permesso di soggiorno n. _____
- data di scadenza _____
- data di ricevuta della richiesta di rinnovo _____
 carta di soggiorno oppure permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. _____
- data di scadenza _____

apolide

rifugiato politico titolare di permesso di soggiorno n. _____
- data di scadenza _____

beneficiario di protezione sussidiaria titolare di permesso di soggiorno n. _____
- data di scadenza _____

cittadino della Repubblica di S. Marino



Domanda di collocamento mirato - 2/2

- c) residente in Italia (indirizzo, n. civ., cod. postale, città, prov.) _____

 ASL di residenza _____ e-mail/P.E.C. _____
 telefono _____ cellulare _____
- d) stato civile _____
- e) professione/condizione _____
- f) temporaneamente domiciliato presso
- il sig. _____
 - in struttura residenziale denominata: _____
 - ricoverato presso: _____
- via _____ n° civico _____ cap _____
 città _____ prov. _____ ASL del domicilio _____
 (L'indirizzo indicato in questa sezione sarà utilizzato per la visita per delega)
- g) che le comunicazioni vengano inviate all'indirizzo di seguito indicato
 presso il/la sig./sig.ra _____

 (indirizzo, n. civ., cod. postale, città)
- h) **ai sensi e per gli effetti dell'art. 56, comma 2, della legge 18 giugno 2009, n. 69, di non avere presentato domanda volta a ottenere il riconoscimento dello stato di disabilità in esame in sede amministrativa ovvero giudiziaria**
 (in caso di presentazione di altra domanda o di pendenza di ricorso giudiziario o amministrativo, la presente domanda sarà considerata irricevibile).

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali 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 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, 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 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 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 territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.