INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

PROTOCOLLO

Mod. Rich_Pag_Prest
COD. SR163

Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI: CITTADELLA (PD)

COGNOME: NOME:

CODICE FISCALE: NATO/A IL GG/MM/AAAA:

A: PROV: STATO:

RESIDENTE/DOMICILIATO IN:

PROV: STATO:

INDIRIZZO: CAP:

TELEFONO: CELLULARE:

INDIRIZZO E-MAIL:

● poiché ho richiesto la seguente prestazione:

_____

_____

● Chiedo il pagamento con:

○ bonifico domiciliato presso Ufficio Postale *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

○ conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carte di pagamento dotate di IBAN presso:

BANCA/POSTA:

AGENZIA N./FILIALE: INDIRIZZO:

CAP: CITTÀ:

* *Dati facoltativi*

INPS

Mod. Rich_Pag_Prest
COD. SR163

Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 2/2

Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario o postale, su libretto postale o su carta prepagata, la Banca o la Posta deve compilare la parte sottostante.

☐ SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN _____

(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____ timbro della banca/posta

☐ SUL MIO LIBRETTO POSTALE

CODICE IBAN _____

(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____ timbro della posta

☐ SU CARTA PREPAGATA N. _____

CODICE IBAN _____

(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____ timbro della banca/posta

Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato

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

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

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 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 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 la domanda di servizio 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 struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.