



PROTOCOLLO



## Assegno per il nucleo familiare e assegno familiare Dichiarazione per periodi di inattività in agricoltura dovuti ad infortunio o malattia professionale, malattia, maternità - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI

NOME   COGNOME

CODICE FISCALE   NATO/A IL GG/MM/AAAA

A   PROV.   STATO

CITTADINANZA

RESIDENTE IN   PROV.   STATO

INDIRIZZO   CAP

TELEFONO\*   CELLULARE\*

INDIRIZZO E-MAIL\*

**Dichiaro che nei 30 giorni precedenti l'inizio dei seguenti periodi di inattività**

- per infortunio o malattia professionale dal ..... al .....
- per malattia dal ..... al ..... (gg/mm/aaaa)
- per maternità dal ..... al ..... (gg/mm/aaaa)

ho presentato il relativo certificato in data ..... (gg/mm/aaaa)

ho prestatato attività lavorativa in qualità di operaio agricolo dipendente presso:

AZIENDA

INDIRIZZO   CAP

DAL   AL   NUMERO GIORNATE

DAL   AL   NUMERO GIORNATE

AZIENDA

INDIRIZZO   CAP

DAL   AL   NUMERO GIORNATE

DAL   AL   NUMERO GIORNATE

\* Dati facoltativi





## Assegno per il nucleo familiare e assegno familiare Dichiarazione per periodi di inattività in agricoltura dovuti ad infortunio o malattia professionale, malattia, maternità - 2/2

AZIENDA

INDIRIZZO  CAP

DAL  AL  NUMERO GIORNATE

DAL  AL  NUMERO GIORNATE

AZIENDA

INDIRIZZO  CAP

DAL  AL  NUMERO GIORNATE

DAL  AL  NUMERO GIORNATE

Dichiaro che durante il periodo di inattività nessun componente del mio nucleo familiare ha percepito o percepisce trattamenti di famiglia.

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 .....

### 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, 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.