



PROTOCOLLO



## Domanda di cure termali - 1/3

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

ALL'UFFICIO INPS DI

**Dati del richiedente**

COGNOME  NOME

SESSO  M  F CODICE FISCALE

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A  PROV.

STATO  CITTADINANZA

RESIDENTE IN  PROV.  STATO

INDIRIZZO  CAP

TELEFONO\*  CELLULARE\*

INDIRIZZO E-MAIL\*

**Dichiaro**

(barrare la casella corrispondente)

- di avere un'anzianità assicurativa di almeno 5 anni
- di avere 156 contributi settimanali negli ultimi 5 anni
- di essere titolare di assegno ordinario di invalidità
- che la mia Asl di appartenenza è (sigla e numero) .....

Codice	Attività esercitata	Codice	Attività esercitata
A1	Dipendente INPS	H9	Iscritto al Fondo marittimi
A2	Dipendente pubblico iscritto gestione INPS	H1	Iscritto al Fondo dazieri
A3	Dipendente Industria	H2	Iscritto al Fondo gas
A4	Dipendente Terziario (ex commercio)	H4	Iscritto al Fondo telefonici
A5	Dipendente Servizi (ex commercio)	H7	Iscritto al Fondo volo
A6	Dipendente Artigianato ed agricoltura	E0	Artigiano lavoratore autonomo
A7	Dipendente Credito, assicuraz. e servizi tributari	F0	Commerciante lavoratore autonomo
H5	Iscritto al Fondo esattoriali	G0	Coltivatore diretto, mezzadro, colono
H6	Iscritto al Fondo Trasporti	L0	Iscritto gestione separata L. 335/95 (parasub.)
H3	Iscritto al Fondo elettrici		

con la qualifica di .....

(indicare la qualifica rivestita: impiegato, operaio, dirigente, lavoratore autonomo, collaboratore domestico, ecc.)

di esercitare l'attività di (inserire il codice della propria attività lavorativa secondo l'elenco) .....

\* Dati facoltativi



## Domanda di cure termali - 2/3

### ● Chiedo

la concessione di un ciclo di terapia termale

### ● Delega al Patronato

Delega il patronato \_\_\_\_\_ presso il quale eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti di Inps, per la trattazione della presente domanda.

Firma dell'operatore del Patronato \_\_\_\_\_

**Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.**

**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.*





### Domanda di cure termali - 3/3

#### Certificato medico

Per cure termali Inps, da allegare in busta chiusa

Conforme al modello ministeriale - www.inps.it

#### ● Anamnesi circostanziata

Patologie per le quali si richiedono le cure termali (osteoarticolari o broncopolmonari):

-----

Accertamenti diagnostici:

-----

Terapia in atto:

-----

GG. di assenza nell'anno per la malattia \_\_\_\_\_

Patologia \_\_\_\_\_

#### ● Esame obiettivo

Stato generale:

-----

Altezza cm: \_\_\_\_\_ Peso kg: \_\_\_\_\_

Apparato interessato alle cure  respiratorio  osteoarticolare

-----

Apparato cardio circolatorio  p.a.  f.c.

-----

Altri organi e apparati: \_\_\_\_\_

Diagnosi:

-----

Terapia consigliata  balneo  fango  fango balneo  inalatoria

Data \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

