

All'INAIL di _____
 Via/Piazza _____ N _____
 CAP _____ Prov. _____

OGGETTO: Speciale assegno continuativo mensile ai superstiti. Domanda e dichiarazione dei requisiti.

 Cognome _____ Nome _____
 Caso N° _____ del _____

 Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
(cognome e nome del richiedente) (luogo di nascita)

 il _____ residente in _____ () Via/P.zza _____ N _____
(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)

 CAP _____ Codice fiscale _____ Tel. _____
(cod avviamento postale) (codice fiscale del richiedente) (facoltativo)

 Cell. _____ E-mail _____
(facoltativo) (facoltativo)
CHIEDE

l'erogazione dello speciale assegno continuativo mensile. A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000 per le false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

 che il/la Sig/Sig.ra _____
(cognome e nome del titolare di rendita deceduto/a)

ha lasciato i seguenti superstiti:

☐ coniuge

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	REDDITO
1			

☐ N _____ figli minori degli anni 18 (legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi, affiliati, affidati):

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	REDDITO
1			
2			
3			
4			
5			
6			

☐ N ____ figli maggiori degli anni 18, studenti e viventi a carico (si considerano a carico, i figli studenti che percepiscono un reddito mensile non superiore al limite fissato annualmente ai fini dell'erogazione dell'assegno familiare):

COGNOME, NOME E CODICE FISCALE	Data di nascita	Istituto d'istruzione/U niversità	Corso frequentato e durata	Anno Scol. / Acc.	Anno prima immat r.	REDDITO
1						
2						
3						
4						

☐ N ____ figli maggiori degli anni 18, totalmente inabili al lavoro:

COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	Inabile al lavoro		REDDITO
		dal	per (causa)	
1				
2				
3				

☐ che il coniuge ed i figli superstiti hanno presentato domanda per ottenere rendite o prestazioni previdenziali (indicare nello spazio sottostante il nominativo del superstite, l'Ente o Istituto destinatario della domanda, il tipo della prestazione richiesta e la data di presentazione della domanda)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla competente Sede INAIL il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il diritto alle quote integrative per i famigliari a carico.

Allega alla presente domanda: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati, anche con strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'INAIL e/o di Società da esso incaricate, opportunamente incaricati e istruiti, per scopi strettamente correlati alle finalità per le quali sono lavorati, 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, assicurativa e amministrativa

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'INAIL

La presente domanda è stata firmata in mia presenza dal/la Sig/ra _____

da me identificato/a mediante esibizione del seguente documento di riconoscimento sotto indicato:

Tipo _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO

(firma per esteso e leggibile e qualifica)