

Indennità di frequenza

Mod. ICRIC2014

NOME _____ COGNOME _____ -
CODICE FISCALE _____ NATO/A _____
IL _____ STATO _____

*(dati del/i rappresentante/i legale/i) dati precompilati se presenti in archivio con possibilità di modifica
Con la compilazione dei dati del rappresentante legale sparisce la possibilità di acquisire il certificato
medico attestante la disabilità intellettiva o minorazione psichica*

Il sottoscritto

NOME _____ COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ NATO/A IL _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

Residente a _____ prov. _____ Via/piazza _____

n. _____ CAP _____ Tel. _____ cell. _____

e-mail/P.E.C. _____

in qualità di **genitore (1°/dichiarante)** (*COMPILAZIONE DEL SECONDO GENITORE
FACOLTATIVA*)

genitore unico

genitore affidatario **tutore** **amministratore di sostegno** **curatore** (*nel caso
venga biffata una di queste 4 caselle è obbligatoria la compilazione del campo sottostante di
nomina e non si apre il campo del 2° genitore*)

con decreto di nomina del tribunale di _____ sezione _____

n. _____ Del _____

**consapevole delle sanzioni penali ex art 76 DPR 445/2000 previste per le ipotesi di
dichiarazioni false (In caso di separazione/divorzio con affidamento esclusivo le
dichiarazioni sono rese dal genitore affidatario):**

Dichiaro che:

*(DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' RELATIVA ALLO STATO DI RICOVERO CON RIFERIMENTO ALLA
PERMANENZA O MENO DEL REQUISITO DEL non RICOVERO A QUALSIASI TITOLO)*

Il minore NOME _____ COGNOME _____

• nell'anno 2013

E' STATO RICOVERATO dal _____ al _____

E' STATO RICOVERATO dal _____ al _____

E' STATO RICOVERATO dal _____ al _____

NON E' STATO RICOVERATO

• **nell'anno in corso (2014)**

E' RICOVERATO dal _____ alla data di rilascio della dichiarazione

NON E' RICOVERATO

E' STATO RICOVERATO dal _____ al _____

E' STATO RICOVERATO dal _____ al _____

E' STATO RICOVERATO dal _____ al _____

2) Dichiarazione di frequenza

*Dichiarazione di frequenza per minori di età compresa tra i 5/6 anni e i 15/16 anni che frequentano scuole pubbliche o private che **impartiscono l'istruzione obbligatoria.***

Dichiaro che il minore: NOME _____ COGNOME _____

a) frequenta la scuola dell'obbligo
 ha interrotto/cessato la frequenza ai corsi scolastici della scuola dell'obbligo dal

b) non ha cambiato Istituto rispetto all'anno scolastico precedente
 ha cambiato l'Istituto rispetto all'anno scolastico precedente e attualmente frequenta l'Istituto _____ Struttura _____
Via _____ n _____ cap _____ Provincia _____
Telefono _____ PEC _____
Mail _____
Cf/P.IVA _____ codice meccanografico della scuola _____

Per tutta la durata dell'obbligo formativo scolastico non deve essere più presentata alcuna istanza di rinnovo annuale: E' obbligatorio comunicare l'eventuale interruzione della frequenza ai suddetti corsi scolastici nonché eventuali variazioni di Istituto.

c) frequenta/ha frequentato centri di formazione o addestramento finalizzato al reinserimento, centri specializzati nel trattamento terapeutico o di riabilitazione pubblici o privati in regime convenzionale dal _____

Il sottoscritto si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Firma

Modulo presentato da:

CF: _____

COGNOME _____ NOME _____

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.