



Istituto Nazionale Previdenza Sociale

**DICHIARAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA STORICO/MATERNITA' E PATERNITA'**

Ai sensi dell'art. 4 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni ed integrazioni,

Il sottoscritto..... nato il.....

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente a.....via.....num.....

Stato civile..... dal..... Dati coniuge .....

Stato civile..... dal..... Dati ex coniuge .....

Consapevole delle conseguenze penali e civili previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false o compiono atti fraudolenti al fine di procurare indebitamente - a sé o ad altri - prestazioni previdenziali; essendo, del pari, a conoscenza che l'art. 2 della legge n. 153/1988 dispone: "...che per lo stesso nucleo familiare non può essere concesso più di un assegno";

**Lo stato di famiglia storico compreso/a il/la dichiarante è così composto**

Dalla data del.....

..... COGNOME/NOME	..... PATERNITA'	..... MATERNITA'	...../...../..... DATA DI NASCITA	..... COMUNE DI NASCITA
..... COGNOME/NOME	..... PATERNITA'	..... MATERNITA'	...../...../..... DATA DI NASCITA	..... COMUNE DI NASCITA
..... COGNOME/NOME	..... PATERNITA'	..... MATERNITA'	...../...../..... DATA DI NASCITA	..... COMUNE DI NASCITA
..... COGNOME/NOME	..... PATERNITA'	..... MATERNITA'	...../...../..... DATA DI NASCITA	..... COMUNE DI NASCITA

**DICHIARA**

**Si impegna a segnalare qualsiasi variazione del proprio nucleo familiare, rispetto a quanto sopra dichiarato, entro 30 giorni dal verificarsi della variazione stessa.**

.....  
DATA FIRMA LEGGIBILE

**Il presente atto deve essere corredato da copia di un documento di identità - in corso di validità del sottoscrittore.**

**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 alla 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.

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_