



(indicare l'ente), che ammonta a € ..... complessive e quella prevista dall'art. 66 L.448/1998.

La somma corrisposta dall'Ente previdenziale è: .....

- Dichiarata dalla sottoscritta nella presente richiesta
- Certificata con documentazione che si allega alla presente richiesta

---

In osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (D.Lgs. 169/2003) si informa che i dati personali, anche di natura sensibile, contenuti nella presente richiesta o nelle dichiarazioni collegate, sono raccolti obbligatoriamente per poter accedere agli assegni. Tali dati saranno trattati solo per i fini connessi all'erogazione degli assegni richiesti. Pertanto tali dati saranno trasmessi dal Comune di San Marcellino all'INPS.

Per il trattamento di tali dati il titolare è il Comune di San Marcellino ed il responsabile dei Servizi Sociali al cui ufficio presenta la propria dichiarazione per la richiesta. Il trattamento dei dati personali richiesti è svolto in base agli artt. 65 e 66 della legge 23.12.1998 n. 448, come modificati dalla legge 17.05.1999 n. 144 e dal D.M. 15.07.1999 e successive modifiche ed integrazioni. I dati personali verranno conservati e trattati sia con strumenti informatici che cartacei, nella completa osservanza delle misure di sicurezza previste dalla legge. Chi fornisce i propri dati personali ha diritto alla conoscenza del loro utilizzo, ad ottenerne l'aggiornamento, ad opporsi al loro trattamento (in questo caso si rinuncia agli assegni richiesti) ed a tutto quanto previsto dall'art. 7 del D.Lgs. 169/2003.

---

**La sottoscritta è consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e per dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 26 della legge 4/1/68 n. 15 e s.m.i. Dichiaro, altresì, di essere a conoscenza che il Comune effettuerà controlli, anche a mezzo della Guardia di Finanza, per verificare la veridicità di quanto dichiarato.**

Data

Firma.....

**Si allega fotocopia di un valido documento d'identità. Tel .....**

---

**DA COMPILARE SOLO QUALORA LA RICHIESTA SIA PRESENTATA DAL TUTORE**

La presente richiesta è formulata dal sottoscritto per conto del richiedente incapace, in veste di tutore.

Cognome: .....

Nome: .....

Comune o Stato estero di nascita: .....

Data di nascita: .....

Comune di residenza: .....

Indirizzo: .....

C.A.P.: .....