

**DOMANDA DI PRESTAZIONE CURE TERMALI PER L'ANNO 20**

(da presentare entro il 31 dicembre dell'anno precedente)

(fornire le notizie richieste, scrivendo in stampatello, e barrare le caselle che interessano)

Sede di

A - DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE

COGNOME

NOME

SESSO **M** - **F** DATA DI NASCITA

COGNOME DEL MARITO

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

CODICE FISCALE

N. TELEFONICO

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

CAP

INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)

QUALIFICA RIVESTITA (1)

COD. ATTIVITA' ESERCITATA (2)

Ha un'anzianità assicurativa di almeno 5 anni? **SI'** - **NO**Ha 156 contributi settimanali negli ultimi 5 anni? **SI'** - **NO**E' titolare di assegno di invalidità? **SI'** - **NO**

ASL (sigla e numero)

NOTE (1) Indicare la qualifica rivestita: impiegato, operaio, dirigente, lavoratore autonomo, collaboratore domestico, ecc.

(2) Indicare il codice ed il settore dell'attività esercitata:

COD. ATTIVITA' ESERCITATA

COD. ATTIVITA' 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 legge 335/95 (parasub.)

H3 - Iscritto al Fondo elettrici

B - DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, alla istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta: **1)** al trattamento di eventuali dati sensibili;**2)** al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; **3)** alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; **4)** alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire la presente richiesta o notevole ritardo della definizione della stessa, non acconsento a quanto indicato ai punti 1- 2- 3- 4-

Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione.

Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

data

firma

C - EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO

Io sottoscritto/a delego il Patronato

presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del codice

civile, a rappresentarmi e assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152 nei confronti dell'INPS per la trattazione della pratica relativa alla presente domanda. La presente delega può essere revocata solo per iscritto.

data

firma

Timbro del patronato e codice

Firma dell'operatore dell'Ente di Patronato

Numero pratica

**CERTIFICATO MEDICO PER CURE TERMALI INPS
(MALATTIE REUMOARTROPATICHE E BRONCOCATARRALI)**

COGNOME _____ NOME _____
SESSO **M** - **F** DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____

ANAMNESI CIRCOSTANZIATA

PATOLOGIA PER CUI SI RICHIEDONO LE CURE TERMALI

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

TERAPIA IN ATTO

GG DI ASSENZA NELL'ANNO PER 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

AVVERTENZE

L'INPS si riserva la facoltà di accogliere la domanda dopo avere accertato l'esistenza dei requisiti contributivi e sanitari. Il/la titolare di pensione INPS (vecchiaia, anzianità, trattamento di pensione anticipata previsto dalle vigenti disposizioni per i diversi settori di attività) - ad eccezione dell'assegno di invalidità - non ha diritto a fruire delle cure termali. Il/la titolare di assegno di invalidità può ottenere la prestazione a condizione che l'invalidità derivi da forme morbose suscettibili di miglioramento con le cure termali.

Non ha diritto a fruire delle cure termali colui/colei che compie l'età pensionabile di vecchiaia prevista dalle disposizioni in vigore (L.23.12.94, n. 724) nell'anno di presentazione della relativa domanda o raggiunge tale età nell'anno di effettuazione delle cure.

Le cure termali sono concesse per le forme reumoartropatiche e per le malattie delle vie respiratorie e non danno diritto all'indennità economica di malattia. Nello stesso anno solare, il/la richiedente può fruire una sola volta della prestazione, a prescindere dall'Ente che ha concesso le cure termali (INPS,ASL,altri enti o organismi).

Il/la richiedente la cui domanda sarà accolta, potrà effettuare le cure nel turno e presso la struttura alberghiero/termale prescelti.

L'elenco dei turni e quello delle strutture convenzionate, predisposti annualmente dall'INPS, saranno trasmessi in allegato alla lettera di eventuale accettazione della presente domanda e sono consultabili comunque sul sito internet dell'Istituto (www.inps.it).

pag. 3 di 3

RICEVUTA

MOD. CT/1

L SIG.

HA PRESENTATO OGGI LA DOMANDA DI CURE TERMALI PER L'ANNO 20 ED HA ALLEGATO:

ATTESTATO RILASCIATO DALL'AZIENDA

RICEVUTE DI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI

ALTRO (.....)

I nominativi del responsabile del procedimento e del responsabile del provvedimento possono essere rilevati dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS.

Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma