



All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

Agenzia di

Timbro a data
(riservato all'INPS)

Domanda di iscrizione al "Fondo di previdenza per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari"

Il/La sottoscritto/a

cognome

nome

nato/a a

provincia di

il

e residente a

, via

, n°

provincia di

, cap.

, codice fiscale

CHIEDE

l'iscrizione al "**Fondo di previdenza per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari**" ai sensi del D.L. 16 Settembre 1996, n. 565 e successive modificazioni ed integrazioni.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, il/la sottoscritto/a dichiara:

- di svolgere lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari;
- di non prestare attività lavorativa alle dipendenze di terzi ovvero di svolgere attività lavorativa ad orario ridotto in qualità di _____, alle dipendenze di _____;
- di non svolgere attività lavorativa autonoma, comportante l'iscrizione a forme previdenziali obbligatorie;
- di non essere titolare di trattamenti pensionistici di vecchiaia, di anzianità, d'invalidità/inabilità.

Data, _____

Firma _____

Delega per l'Ente di Patronato

Io sottoscritto/a, con il presente atto delego il Patronato _____ ad assistermi gratuitamente nei confronti dell'INPS per la trattazione della presente pratica, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto all'art. 10 della legge n. 675/1996, l'informativa sul trattamento dei miei dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima:

- 1) consento il loro trattamento per conseguire le finalità del presente mandato e degli scopi statutari del Patronato;
- 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS.

Data, _____

Firma _____

Timbro
del Patronato

Firma dell'Operatore del Patronato

Sigla del Patronato

Zona

N° pratica



RICEVUTA

Agenzia di _____

In data odierna il/la Signor/a _____ ha presentato domanda di iscrizione al **"Fondo di previdenza per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari"**

*Timbro a data
(riservato all'INPS)*

Firma dell'impiegato addetto