

Delega alla presentazione della domanda di Assistenza Domiciliare Progetto "Home Care Premium" (HCP) - 1/3

(da allegare al servizio telematico denominato "Accesso ai servizi di Welfare")

Io sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
STATO		CITTADINANZA	
RESIDENTE/DOMICILIATO IN		PROV.	
INDIRIZZO		CAP	
FRAZIONE		STATO	
TELEFONO *		CELLULARE *	
INDIRIZZO EMAIL *			

in qualità di:

- ☐ beneficiario maggiorenne
 ☐ genitore
 ☐ tutore
 ☐ amministratore di sostegno
 ☐ curatore

(compilare nel caso di tutore, amministratore di sostegno o curatore)

nominato con decreto del tribunale di _____ sezione _____ n. _____
del _____ dal _____ al _____

Delego

Il/La Sig./Sig.ra

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
STATO		CITTADINANZA	
RESIDENTE/DOMICILIATO IN		PROV.	
INDIRIZZO		CAP	
FRAZIONE		STATO	
TELEFONO *		CELLULARE *	
INDIRIZZO EMAIL *			

individuato tra i soggetti legittimati alla presentazione della domanda nel Bando "Home Care Premium - Assistenza Domiciliare", per me stesso o per il beneficiario:

Cognome _____ Nome _____ cod. fisc. _____

* Dati facoltativi



Delega alla presentazione della domanda di Assistenza Domiciliare Progetto "Home Care Premium" (HCP) - 2/3

- **Dichiaro** di essere consapevole che la domanda di Assistenza Domiciliare (HCP) con la procedura "Credito e Welfare in un Click" consentirà al delegato la visualizzazione dei miei dati personali e/o di quelli del beneficiario, indispensabili per l'esatta liquidazione della prestazione, come previsto dal Bando pubblicato sul sito www.inps.it.
- **Allego** copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.
- **Dichiaro** che le notizie fornite in questo modulo e i documenti ad esso allegati rispondono a verità e di essere consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma _____

● Quadro da compilare in caso di impedimento a firmare del beneficiario maggiorenne

L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (funzionario Inps, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco), utilizzando il presente modulo. Qualora si compili un modulo differente è necessario che contenga le medesime informazioni.

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione

Sig/Sig.ra Cognome _____ Nome _____ Cod. fisc. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

☐ Impossibilitato a firmare

☐ poiché impedito per cause di natura fisica

☐ poiché incapace di scrivere

☐ Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (art. 4, comma 2, D.P.R. 445/2000)

compilata e sottoscritta dal

Sig/Sig.ra Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ grado di parentela _____
(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____

N _____ Rilasciato da _____ data (gg/mm/aaaa) _____

Firma del parente dichiarante _____

data _____

Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica dei dati.



Delega alla presentazione della domanda di Assistenza Domiciliare Progetto “Home Care Premium” (HCP) - 3/3

Informativa sul trattamento dei dati personali

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'Inps, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciriaco De Mita, n. 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE, sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. Nei casi previsti da disposizioni legislative o, se previsto per legge, di regolamento e nel rispetto dei limiti dagli stessi fissati, i dati personali possono essere comunicati dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati che operano in qualità di autonomi Titolari del trattamento, nei limiti strettamente necessari e per la sola finalità per cui si è proceduto alla comunicazione. La diffusione dei dati forniti è possibile solo su espressa previsione di legge o, se previsto per legge, di regolamento. Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'Inps, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'Inps nel garantire il rispetto del Regolamento UE (art. 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei Paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi. Nei casi previsti, lei ha il diritto di opporsi al trattamento o ad ottenere dall'Inps, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciriaco De Mita, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it. Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'Inps in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperiti sul sito istituzionale www.inps.it, “Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679”, oppure sul sito www.garanteprivacy.it del Garante per la protezione dei dati personali.