

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione.

IL DICHIARANTE

Data _____

(firma) _____

ATTESTAZIONE A FIRMARE LA DOMANDA DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE PER IMPEDIMENTO

Ai sensi dell'art. 4 (R) comma 2 del DPR 28/12/2000 n. 445 attesto che la dichiarazione è stata resa in mia presenza dal Sig. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo di _____ per conto dell'istante impedito a sottoscrivere

data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO

DA COMPILARE NEL CASO SI INTENDA AVVALERSI DEL PATRONATO

Il/La sottoscritto/a in qualità di rappresentante legale dell'istante delego il Patronato _____ presso il quale eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del codice civile, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, nei confronti dell'INPS, per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 29 luglio 1947 n. 804 e successive modificazioni e integrazioni. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge n. 675/96, l'informativa sul trattamento sui dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima:

- 1) consento il loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato
- 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS

_____ (data)

_____ (firma)

_____ (firma dell'operatore del patronato)

TIMBRO DEL PATRONATO

CODICE DEL PATRONATO

N.B. La presente domanda dovrà essere spedita al seguente indirizzo:

A.S.L. 3 "Genovese" – Ufficio Invalidi Civili – presso Direzione Generale
via Bertani, 4 – 16125 GENOVA

In alternativa la domanda potrà essere consegnata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nelle seguenti sedi:

Piccapietra Largo San Giuseppe 2° 010 3447581/2/3– da lunedì a giovedì ore 8.30 - 18.30, venerdì 8.30 – 15.00

Fiumara Via Operai 80 010 6447250 – da lunedì a venerdì ore 8.00 - 15.00

Voltri Via Camozzini 95r (010. 6449674/676/677) da lunedì a venerdì ore 8.00 - 14.30

Bolzaneto Via Bonghi 6 010.6449505 da lunedì a venerdì ore 8.30 - 14.30

Sestri Ponente Via Soliman 7 (ex Manifattura Tabacchi) 010.6447967/973 da lunedì a venerdì ore 8.00 - 15.00

nel periodo Luglio/Agosto ed in concomitanza delle Festività di Natale e Pasqua gli orari possono subire variazioni.