

8. Istanza da parte degli eredi

Istanza post-mortem

ALL'UFFICIO INPS DI _____

Il sottoscritto /a

COGNOME _____

NOME _____

SECONDO COGNOME _____

SESSO

M

F

CODICE FISCALE _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____

PROV. _____

STATO _____

RESIDENTE IN _____

PROV. _____

STATO _____

INDIRIZZO _____

CAP _____

TELEFONO _____

CELLULARE _____

E-MAIL _____

Documento di identità: Carta di identità Patente Passaporto Altro _____

n° _____ rilasciato da _____ in data _____

in qualità di erede rappresentante degli eredi di:

COGNOME _____

NOME _____

SECONDO COGNOME _____

SESSO

M

F

CODICE FISCALE _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____

A _____

PROV. _____

STATO _____

RESIDENTE IN _____

PROV. _____

STATO _____

atteso che il / la medesimo / a in data _____, con protocollo / n° domus _____ aveva presentato domanda per l'accertamento dello stato di invalidità civile

- **Chiede** ai sensi dell'art. 1 comma 8 del D.P.R. n. 698/2004 l'accertamento sanitario post-mortem essendo in possesso di documentazione medica rilasciata da strutture pubbliche o convenzionate, in data antecedente il decesso, comprovante in modo certo l'esistenza delle infermità e tale da consentire la formulazione di una esatta diagnosi ed un compiuto e motivato giudizio medico-legale.

Si allega la seguente documentazione :

- originale o copia conforme della scheda di morte ISTAT (**obbligatoria**)
- originale o copia conforme di eventuale altra documentazione sanitaria rilasciata da strutture pubbliche o convenzionate in data antecedente il decesso:

(indicare tipo di documentazione, struttura che l'ha rilasciata, data del rilascio)

data _____

firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.

FONTE: www.inps.it/Modulistica