

## Domanda Bonus Bebè - 1/3

(Scrivere in stampatello - Riempire tutti i campi pena l'esclusione)

### Il sottoscritto

COGNOME  NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A

PROV.  RESIDENTE IN

PROV.  CAP  INDIRIZZO

- dipendente di Poste Italiane S.p.A. presso l'Ufficio di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- vedovo/a di dipendente di Poste italiane S.p.A. Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
deceduto in attività di servizio il \_\_\_\_\_

- Presenta domanda** ai fini della concessione di un contributo in favore del/la figlio/a:

\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_.

L'ISEE riferito al nucleo familiare del richiedente, valido alla data di scadenza del bando è pari €\_\_\_\_\_.

- Dichiara** altresì che la propria famiglia così si compone:

#### 1 Richiedente

Dipendente/Pensionato

COGNOME  NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A

CODICE FISCALE

#### 2 Coniuge

COGNOME  NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A

CODICE FISCALE

PROFESSIONE



## Domanda Bonus Bebè - 2/3

(Scrivere in stampatello - Riempire tutti i campi pena l'esclusione)

e dai seguenti componenti il nucleo familiare (specificare il grado di parentela):

3 ----- (grado di parentela)

COGNOME  NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A

CODICE FISCALE

4 ----- (grado di parentela)

COGNOME  NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A

CODICE FISCALE

5 ----- (grado di parentela)

COGNOME  NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A

CODICE FISCALE

6 ----- (grado di parentela)

COGNOME  NOME

NATO/A IL GG/MM/AAAA  A

CODICE FISCALE

- Si acconsente all'utilizzo dei dati trasmessi.
- Si allega la seguente documentazione:
  - la fotocopia non autenticata del documento di identità del richiedente
  - dichiarazione sostitutiva di certificazione di nascita ex D.P.R. 445/2000, artt. 46 e 47.

● **Indirizzo per le comunicazioni:**

-----  
 Tel. abit. ----- Cellulare ----- Tel. uff. -----  
 E-mail -----



## Domanda Bonus Bebè - 3/3

(Scrivere in stampatello - Riempire tutti i campi pena l'esclusione)

**Codice IBAN del conto corrente sul quale si desidera ricevere il bonifico in caso di riconoscimento del beneficio in oggetto:**

**N.B. SI RENDE NOTO CHE SARANNO EFFETTUATE VERIFICHE A CAMPIONE SULLE AUTOCERTIFICAZIONI**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

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

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti “Codice”), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.