



Istanza post-mortem - 1/2

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. 698/1994** 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.

A tale scopo dichiara che il decesso è avvenuto il _____ a _____ Prov. _____ Stato _____

Si allega la seguente documentazione:

- 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 _____



Istanza post-mortem - 2/2

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

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 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, 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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

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.