



PROTOCOLLO

**Istanza post-mortem - 1/2**ALL'UFFICIO INPS DI 

Il sottoscritto /a

COGNOME  NOME SECONDO COGNOME  SESSO  M  FCODICE 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  FCODICE 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](http://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.*