

## Richiesta di invio domanda "Indennità lavoratori domestici"

|                      |                      |                |                      |
|----------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| La/Il sottoscritta/o | <input type="text"/> | nata/o il      | <input type="text"/> |
| a                    | <input type="text"/> | codice fiscale | <input type="text"/> |
| residente a          | <input type="text"/> | indirizzo      | <input type="text"/> |
| cellulare            | <input type="text"/> | email          | <input type="text"/> |

chiede al patronato INAS CISL di inoltrare all'Inps la domanda di Indennità per i lavoratori domestici e, a tal riguardo, dichiara:

|                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | di avere, alla data del 23.02.2020, uno o più rapporti di lavoro domestico in essere, per almeno 11 ore settimanali |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | di essere convivente con il datore di lavoro  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | di aver richiesto o beneficiato di altri bonus previsti a seguito dell'emergenza COVID-19                           |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | di aver richiesto o beneficiare di Reddito di Cittadinanza  |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | di aver richiesto o beneficiare di Reddito di Emergenza   |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | di essere titolare di pensione (eccetto Assegno Ordinario di Invalidità INPS)                                       |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | di avere altri rapporti di lavoro a tempo indeterminato diverso da lavoro domestico                                 |

chiede inoltre che l'indennità in oggetto venga pagata con la seguente modalità:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Bonifico domiciliato presso sportello postale                                  |
| <input type="checkbox"/> | Accredito su conto corrente o carta prepagata, con il seguente numero di IBAN: |
|                          | <input type="text"/>   |

|      |                               |
|------|-------------------------------|
| Data | <input type="text"/>          |
|      | <input type="text"/><br>firma |

# MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

**ASSISTITO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
cognome nome

data di nascita \_\_\_\_\_ comune di nascita \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

comune di residenza \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Con il presente atto conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 13 della Legge 30 marzo 2001, n. 152, e del D.M. 10/10/2008, n. 193 e successive modifiche ed integrazioni, al Patronato INAS di \_\_\_\_\_, presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'Art. 47 C.C. nei confronti del \_\_\_\_\_ (Istituto erogatore della prestazione e Paese, nel caso di estero) per lo svolgimento della pratica relativa a \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre che i dati necessari per lo svolgimento della pratica sono rispondenti al vero e che sono stati forniti senza nulla omettere in merito; pertanto esonera il Patronato INAS CISL da ogni e qualsiasi responsabilità riguardo a tale rispondenza. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Firma Assistito \_\_\_\_\_

**COLLABORATORE VOLONTARIO**

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
cognome nome

C.F. \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**OPERATORE**

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
cognome nome

C.F. \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

timbro

## INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO (GDPR n. 2016/679 e normativa nazionale di armonizzazione vigente)

Il Patronato INAS informa che:

**Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento:** effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e il trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza. **Ambito di comunicazione dei dati personali:** i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito. I dati personali con esclusione di quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL, Associazione/Organizzazione Promotrice del Patronato INAS per finalità proprie dell'Associazione/Organizzazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini. **Modalità del trattamento:** il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dalla normativa sopra richiamata, in modo da ridurre i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta. **Necessità del conferimento dei dati:** il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1, comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta. **Diritti riconosciuti all'interessato:** in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, i diritti riconosciutigli dall'art. 15 all'art. 22 del GDPR n. 2016/679, ed esemplificativamente il diritto di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità ed opposizione, contattando il Responsabile della protezione dei dati personali (DPO). L'interessato ha altresì il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. **Titolare e Responsabile della protezione dei dati personali:** il titolare del trattamento dei dati è il Patronato INAS nella persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante domiciliato per la carica in Roma Viale Regina Margherita 83/d. Il responsabile della protezione dei dati personali (DPO) è reperibile all'indirizzo mail DPO.INAS@inas.it o inviando una raccomandata all'indirizzo DPO – INAS Viale Regina Margherita 83/d – 00198 Roma. Per quanto non espressamente indicato nella presente informativa si rinvia a quella completa sottoposta all'interessato prima della sottoscrizione

L'Assistito, avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del GDPR n. 2016/679 (d'ora in avanti "Regolamento") l'informativa completa sul trattamento dei propri dati personali:

**Punto 1 (necessario)** - fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali ivi espressamente compresi quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando anche il Patronato INAS ad accedere alle banche dati degli Enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico..

Data \_\_\_\_\_ Firma Assistito \_\_\_\_\_

**Punto 2 (facoltativo)** - presta il proprio consenso al Patronato INAS affinché i propri dati, eccetto quelli di natura particolare, nonché sanitari e giudiziari: a) siano utilizzati per le ulteriori attività statutarie del medesimo, nonché per attività di promozione e/o informazione di ulteriori servizi non oggetto del presente mandato; b) siano comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CISL, nonché ad altri soggetti con i quali il Patronato abbia stipulato convenzioni e/o accordi nello svolgimento dell'attività istituzionale, affinché li utilizzino per finalità proprie e/o per la promozione di propri servizi.

Data \_\_\_\_\_ Firma Assistito \_\_\_\_\_

**N.B.:** il mandato si perfeziona con timbro e firma dell'operatore del Patronato