



Sede di

A DATI RELATIVI AL RICHIEDENTE					
COGNOME		NOME		SESSO	
COGNOME DEL MARITO		DATA DI NASCITA		CODICE FISCALE	
COMUNE DI NASCITA		PROV.		COMUNE DI RESIDENZA	
PROV.	INDIRIZZO (Fraz., Via, Piazza, N. ecc.)			CAP	TELEFONO
QUALIFICA RIVESTITA (1)		ATTIVITA' ESERCITATA (2)			
HA UN'ANZIANITA' ASSICURATIVA DI 5 ANNI		HA N. 156 CONTRIBUTI SETTIMANALI NEGLI ULTIMI 5 ANNI			
ASL(SIGLA E NUMERO)	SI NO	PERIODO PREFERITO DAL(*)		PERIODO OBBLIGATORIO(**)	SI NO
		(*) a titolo esclusivamente indicativo;		(**) nel caso in cui vi sia/non vi sia chiusura dell'Azienda/Esercizio/Reparto ect.	

B SCELTA DEL PATRONATO		
IL SOTTOSCRITTO DELEGA IL PATRONATO PRESSO IL QUALE ELEGGE DOMICILIO, A RAPPRESENTARLO ED ASSISTERLO GRATUITAMENTE NEI CONFRONTI DELL'INPS PER LA DEFINIZIONE DELLA DOMANDA. IL PRESENTE MANDATO PUO' ESSERE REVOCATO SOLO PER ISCRITTO. AVENDO RICEVUTO, A NORMA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART.10 DELLA LEGGE 675/96, L'INFORMATIVA SUL "TRATTAMENTO" DEI PROPRI DATI PERSONALI, IVI COMPRESI I DATI SENSIBILI DI CUI ALL'ART. 22 DELLA LEGGE MEDESIMA: 1) CONSENTE IL LORO "TRATTAMENTO" PER IL CONSEGUIMENTO DELLE FINALITA' DEL PRESENTE MANDATO E DEGLI SCOPI STATUTARI DEL PATRONATO; 2) CONSENTE CHE GLI STESSI SIANO COMUNICATI ALL'INPS; 3) CONSENTE ALL'INPS IL "TRATTAMENTO" DEI DATI MEDESIMI PER GLI ADEMPIMENTI DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA NORMATIVA; 4) CONSENTE LA COMUNICAZIONE DEI DATI AD ALTRI ENTI COMPETENTI ALLA TRATTAZIONE DELLA PRATICA; 5) CONSENTE IL TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI NEI CASI DI PRESTAZIONI IN REGIME INTERNAZIONALE; 6) NON CONSENTE QUANTO INDICATO AI PUNTI		
DATA	FIRMA DEL RICHIEDENTE	_____
TIMBRIO E CODICE PATRONATO	N. DI PRATICA	FIRMA DELL'ADDETTO _____

C DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'	
Preso atto dell'informativa fornitami ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsento, qualora necessario, all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente la richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione della presente richiesta non consento a quanto indicato ai punti Consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiaro che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiaro di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa posso subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione autocertificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.	
DATA_	FIRMA _____

**CERTIFICATO MEDICO PER CURE TERMALI INPS
(MALATTIE REUMOARTROPATICHE E BRONCOCATARRALI)**

COGNOME	NOME	SESSO
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	CAP PROV

ANAMNESI CIRCOSTANZIATA

PATOLOGIA PER CUI SI RICHIEDONO LE CURE TERMALI:

ULTIMI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, EVENTUALI RICOVERI, TERAPIA:

GG. DI ASSENZA DAL LAVORO NELL'ANNO:

ESAME OBIETTIVO

STATO GENERALE	ALTEZZA	PESO
APPARATO INTERESSATO ALLE CURE:		
LIMITAZIONI FUNZIONALI:		
REFERTI, ACCERTAMENTI EFFETTUATI:		
APPARATO CARDIO CIRCOLATORIO - ECG:	N	P
DIAGNOSI:		
TERAPIA TERMALE CONSIGLIATA:	Balneo	Fango-balneo
		Inalatoria
DATA,	FIRMA DEL MEDICO	

NOTE

1) INDICARE LA QUALIFICA RIVESTITA:	<i>O peraio</i>	<i>I mpiegato</i>	<i>D irigente</i>	<i>A utonomo</i>	<i>C oll. dom.</i>
2) INDICARE L'ATTIVITA ESERCITATA E IL CODICE PROFESSIONALE:					
A0 DIP.PUBBLICO GENERICO		BB DIP. INDUSTRIA EDILE E AFFINI		H4 ISCRITTO FONDO TELEFONICI	
A1 DIP. INPS		C0 LAVORATORE AGRICOLO DIPENDENTE		H5 ISCRITTO FONDO ESATTORIALI	
B0 DIP. SETTORE INDUSTRIA GENERICO		D0 LAVORATORE DOMESTICO		H6 ISCRITTO FONDO TRASPORTI	
B1 DIP. INDUSTRIA ESTRATTIVA E AFFINI		E0 ARTIGIANO LAV. AUTONOMO		H7 ISCRITTO FONDO VOLO	
B2 DIP. INDUSTRIA ALIMENTARI E AFFINI		E1 ARTIGIANO LAV. DIPENDENTE		H8 ISCRITTO FONDO CLERO	
B3 DIP. INDUSTRIA TESSILE E AFFINI		F0 COMMERCIANTE LAV. AUTONOMO		H9 ISCRITTO FONDO MARITIMI	
B4 DIP. INDUSTRIA DEL LEGNO E AFFINI		F1 COMMERCIANTE LAV. DIPENDENTE		I0 ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITA'	
B5 DIP. INDUSTRIA CARTA, CUIOIO, E AFFINI		G0 COLTIVATORE DIRETTO,MEZZ.,COLONO		L0 DIP. SETTORE SANITARIO	
B6 DIP. INDUSTRIA DEL TABACCO		H0 ISCRITTO FONDI SPECIALI GENERICO		M0 DIP. SETTORE CREDITO E ASSICURAZIONI	
B7 DIP. IND. MARMO,CERAMICA,VETRO E AFFINI		H1 ISCRITTO FONDI DAZIERI		N0 DIP. SETTORE TURISTICO E ALBERGHIERO	
B8 DIP. INDUSTRIA POLIGRAFICA E AFFINI		H2 ISCRITTO FONDO GAS		P0 DIP. SETTORE SPETTACOLO	
B9 DIP. INDUSTRIA MECCANICA,METALLURG. E AFFINI		H3 ISCRITTO FONDO ELETTRICI		R0 ALTRO	
BA DIP. INDUSTRIA CHIMICA E AFFINI					



RICEVUTA DI DOMANDA DI PRESTAZIONE CURE TERMALI PER L'ANNO 200

SEDE INPS DI

Il sig.

HA PRESENTATO IN DATA ODIERNA DOMANDA DI CURE TERMALI PER L'ANNO 200
ED HA ALLEGATO:

ATTESTATO DI SERVIZIO RILASCIATO DALL'AZIENDA

RICEVUTE C.C.P. N.

ALTRO

FIRMA DELL'IMPIEGATO ADDETTO

DATA

AVVERTENZE:

L'INPS SI RISERVA LA FACOLTA' DI ACCOGLIERE LA DOMANDA DOPO AVER ACCERTATO L'ESISTENZA DEI REQUISITI CONTRIBUTIVI E SANITARI. IL TITOLARE DI PENSIONE INPS (AD ECCEZIONE DELL'ASSEGNO DI INVALIDITA') NON HA DIRITTO A FRUIRE DELLE CURE TERMALI. IL/LA TITOLARE DI ASSEGNO DI INVALIDITA' PUO' OTTENERE LA PRESTAZIONE A CONDIZIONE CHE L'INVALIDITA' DERIVI, IN MODO PREMINENTE, DA FORME MORBOSE SUSCETTIBILI DI MIGLIORAMENTO CON LE CURE TERMALI. LE CURE TERMALI SONO CONCESSE, COMUNQUE, SOLO PER LE FORME REUMOARTROPATICHE E BRONCOCATARRALI E NON DANNO DIRITTO ALL'INDENNITA' ECONOMICA DI MALATTIA. NELLO STESSO ANNO SOLARE, IL/LA RICHIEDENTE PUO' FRUIRE UNA SOLA VOLTA DELLA PRESTAZIONE, A PRESCINDERE DALL'ENTE CHE HA CONCESSOLE CURE TERMALALI (INPS, ASL, ALTRI ENTI o ORGANISMI).