

Sede di

Raccomandata A.R.

Cognome _____ Nome _____

Caso n. _____ del _____

Ai Signori eredi di _____

Via/Piazza _____ N. _____

CAP _____ ()

OGGETTO: Speciale assegno continuativo mensile ai superstiti. Legge n. 248/1976 e successive modifiche ed integrazioni. Comunicazione agli eredi.

Gentili Signori,

questo Istituto è venuto a conoscenza del decesso del vostro congiunto, già titolare di rendita riconosciuta per l'evento sopra indicato. Ciò premesso, considerato che dalla documentazione esaminata si è rilevato che il decesso è avvenuto per cause non dipendenti dall'evento indennizzato, si informa che, in tali casi, i superstiti possono proporre domanda per ottenere lo "speciale assegno continuativo mensile".

Si invita, pertanto, un componente del nucleo familiare a compilare il modulo di domanda allegato e a rilasciare la dichiarazione relativa alle seguenti situazioni, necessaria per la verifica dei requisiti previsti dalla normativa vigente:

- composizione familiare
- figli totalmente inabili al lavoro
- figli studenti, maggiori degli anni diciotto, viventi a carico del deceduto, con l'indicazione dell'istituto di istruzione, università o altro istituto equivalente, della data di iscrizione o immatricolazione, della frequenza e della durata del corso legale
- situazione reddituale
- richiesta in corso di rendite/prestazioni economiche previdenziali.

Il modulo, debitamente compilato, potrà essere consegnato presso questi Uffici dal dichiarante che, munito di un documento di riconoscimento, dovrà firmarlo dinanzi ad un funzionario addetto. In alternativa, il modulo, debitamente compilato e firmato dal dichiarante, potrà essere trasmesso via posta o via fax o presentato presso questi Uffici da persona incaricata, con allegata, in questi casi, copia fotostatica di un documento di riconoscimento del dichiarante stesso. Se ritenuto, al predetto modulo di domanda potrà essere allegata la documentazione comprovante la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente.

Si avvisa, infine, che ai sensi della normativa vigente¹ **la domanda deve essere prodotta** a questa Sede **entro e non oltre il termine di 180 giorni dal ricevimento della presente comunicazione, a pena di decadenza.**

Gli Uffici di questa Sede sono a disposizione per tutti i chiarimenti necessari.

IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

All. n.1

¹ Articolo 7, 1° comma, della legge n. 248 del 5 maggio 1976, come modificato, da ultimo, dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 284 del 28 luglio 2010.



All'INAIL di _____ Via/Piazza _____ N ____ CAP _____ Prov. _____
--

OGGETTO: Speciale assegno continuativo mensile ai superstiti. Domanda e dichiarazione dei requisiti.

Cognome _____ Nome _____
 Caso N° _____ del _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
(cognome e nome del richiedente) (luogo di nascita)
 il _____ residente in _____ () Via/P.zza _____ N ____
(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)
 CAP _____ Codice fiscale _____ Tel. _____
(cod avviamento postale) (codice fiscale del richiedente) (facoltativo)
 Cell. _____ E-mail _____
(facoltativo) (facoltativo)

CHIEDE

l'erogazione dello speciale assegno continuativo mensile. A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000 per le false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il/la Sig/Sig.ra _____
(cognome e nome del titolare di rendita deceduto/a)

ha lasciato i seguenti superstiti:

coniuge

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	REDDITO
1	_____	_____	_____

N ____ figli minori degli anni 18 (legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi, affiliati, affidati):

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	REDDITO
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____

N ___ figli maggiori degli anni 18, studenti e viventi a carico (si considerano a carico, i figli studenti che percepiscono un reddito mensile non superiore al limite fissato annualmente ai fini dell'erogazione dell'assegno familiare):

COGNOME,NOME E CODICE FISCALE	Data di nascita	Istituto d'istruzione/Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol. / Acc.	Anno prima immat. r.	REDDITO
1						
2						
3						
4						

N ___ figli maggiori degli anni 18, totalmente inabili al lavoro:

COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	Inabile al lavoro		REDDITO
		dal	per (causa)	
1				
2				
3				

che il coniuge ed i figli superstiti hanno presentato domanda per ottenere rendite o prestazioni previdenziali (indicare nello spazio sottostante il nominativo del superstite, l'Ente o Istituto destinatario della domanda, il tipo della prestazione richiesta e la data di presentazione della domanda)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla competente Sede INAIL il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il diritto alle quote integrative per i famigliari a carico.
 Allega alla presente domanda: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati, anche con strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'INAIL e/o di Società da esso incaricate, opportunamente incaricati e istruiti, per scopi strettamente correlati alle finalità per le quali sono lavorati, 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, assicurativa e amministrativa

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'INAIL

La presente domanda è stata firmata in mia presenza dal/la Sig/ra _____ da me identificato/a mediante esibizione del seguente documento di riconoscimento sotto indicato:
 Tipo _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____
 Data _____ IL FUNZIONARIO ADDETTO

 (firma per esteso e leggibile e qualifica)



All'INAIL di _____ Via/Piazza _____ N ____ CAP _____ Prov. _____
--

OGGETTO: Speciale assegno continuativo mensile ai superstiti. Verifica annuale dei requisiti.

Cognome _____ Nome _____
 Caso N° _____ del _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()
(cognome e nome del richiedente) (luogo di nascita)
 il _____ residente in _____ () Via/P.zza _____ N ____
(data di nascita) (comune di residenza) (prov.) (indirizzo) (civico)
 CAP _____ Codice fiscale _____ Tel. _____
(cod avviamento postale) (codice fiscale del richiedente) (facoltativo)
 Cell. _____ E-mail _____
(facoltativo) (facoltativo)

consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 del D.P.R. N. 445/2000 per le false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- che non sono intervenute variazioni nel nucleo familiare, né nei redditi dei rispettivi componenti.
- che sono intervenute le seguenti variazioni:
- coniuge

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	REDDITO
1			

- N ____ figli minori degli anni 18 (legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi, affiliati, affidati):

	COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	REDDITO
1			
2			
3			
4			
5			
6			

N ___ figli maggiori degli anni 18, studenti e viventi a carico (si considerano a carico, i figli studenti che percepiscono un reddito mensile non superiore al limite fissato annualmente ai fini dell'erogazione dell'assegno familiare):

COGNOME, NOME E CODICE FISCALE	Data di nascita	Istituto d'istruzione/Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol. / Acc.	Anno prima immat. r.	REDDITO
1						
2						
3						
4						

N ___ figli maggiori degli anni 18, totalmente inabili al lavoro:

COGNOME E NOME CODICE FISCALE	Data di nascita	Inabile al lavoro		REDDITO
		dal	per (causa)	
1				
2				
3				

che il coniuge ed i figli superstiti hanno presentato domanda per ottenere rendite o prestazioni previdenziali (indicare nello spazio sottostante il nominativo del superstite, l'Ente o Istituto destinatario della domanda, il tipo della prestazione richiesta e la data di presentazione della domanda)

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente alla competente Sede INAIL il venir meno anche di una sola delle condizioni cui è subordinato il diritto alle quote integrative per i famigliari a carico.

Allega alla presente domanda: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati personali raccolti attraverso la compilazione del presente modulo saranno trattati, anche con strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'INAIL e/o di Società da esso incaricate, opportunamente incaricati e istruiti, per scopi strettamente correlati alle finalità per le quali sono lavorati, 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, assicurativa e amministrativa

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'INAIL

La presente domanda è stata firmata in mia presenza dal/la Sig/ra _____

da me identificato/a mediante esibizione del seguente documento di riconoscimento sotto indicato:

Tipo _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO

_____ (firma per esteso e leggibile e qualifica)