



DOCUMENTAZIONE PER DOMANDA INDENNITA' 600,00 euro COVID – 19

FAC SIMILE - RICHIESTA INDENNITA' DI 600,00 euro COVID-19 prevista dagli articoli 27, 28, 29, 30 e 38 del DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18 DA INVIARE COMPILATA E FIRMATA, INSIEME ALLA DOCUMENTAZIONE EVIDENZIATA alla sede di riferimento del Patronato INAS CISL ESCLUSIVAMENTE VIA EMAIL

E' un'indennità di 600,00 euro spettante per il mese di marzo 2020 incumulabile con il reddito di cittadinanza spettante ai:

- **LIBERI PROFESSIONISTI** titolari di partita iva attiva alla data del 23 febbraio 2020 non titolari di pensione e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie;
- **LAVORATORI TITOLARI DI RAPPORTI DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA** attivi alla data del 23 febbraio 2020, iscritti alla Gestione separata non titolari di pensione e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie;
- **LAVORATORI AUTONOMI** (artigiani, commercianti e coltivatori diretti) iscritti all'Inps alle rispettive gestioni speciali dell'Ago, non titolari di pensione e non iscritti ad altre forme previdenziali obbligatorie, ad esclusione della Gestione separata;
- **LAVORATORI DIPENDENTI STAGIONALI DEL SETTORE TURISMO E DEGLI STABILIMENTI TERMALI** che hanno cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 17 marzo 2020, non titolari di pensione e non titolari di rapporto di lavoro dipendente al 17 marzo 2020;
- **OPERAI AGRICOLI A TEMPO DETERMINATO**, non titolari di pensione, che nel 2019 abbiano effettuato almeno 50 giornate effettive di attività di lavoro agricolo;
- **LAVORATORI ISCRITTI AL FONDO PENSIONI LAVORATORI DELLO SPETTACOLO**, con almeno 30 contributi giornalieri versati nell'anno 2019 al medesimo Fondo, cui deriva un reddito non superiore a 50.000 euro, non titolari di pensione e non titolari di rapporto di lavoro dipendente alla 17 marzo 2020

IO SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ **NOME** _____

LUOGO DI NASCITA _____ **DATA DI NASCITA** ____/____/____

CODICE FISCALE _____ **RESIDENTE NEL COMUNE**

DI _____ **VIA** _____

CELLULARE: _____ **E-MAIL:** _____

trovandosi nella condizione di (*contrassegnare solo una delle ipotesi seguenti*):

	<p>LIBERO PROFESSIONISTA _____ (<i>specificare tipo di professione</i>)</p> <p>titolare di partita iva n. _____ attiva alla data del 23 febbraio 2020 non titolare di pensione e non iscritto ad altre forme previdenziali obbligatorie</p> <p style="text-align: right;">Firma _____</p>
	<p>TITOLARE DI RAPPORTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA</p> <p>attivo alla data del 23 febbraio 2020, iscritto alla Gestione separata non titolare di pensione e non iscritto ad altre forme previdenziali obbligatorie</p> <p style="text-align: right;">Firma _____</p>
	<p>AUTONOMO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Artigiano <input type="checkbox"/> Commerciante <input type="checkbox"/> Coltivatore Diretto <p>iscritto all'Inps alla rispettiva gestione speciale dell'Ago, non titolare di pensione e non iscritto ad altre forme previdenziali obbligatorie, ad esclusione della Gestione separata</p> <p style="text-align: right;">Firma _____</p>
	<p>LAVORATORE DIPENDENTE STAGIONALE DEL SETTORE TURISMO E DEGLI STABILIMENTI TERMALI</p> <p>che ha cessato involontariamente il rapporto di lavoro nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2019 e il 17 marzo 2020, non titolare di pensione e non titolare di rapporto di lavoro dipendente alla data del 17 marzo 2020</p> <p style="text-align: right;">Firma _____</p>
	<p>OPERAIO AGRICOLO A TEMPO DETERMINATO</p> <p>non titolare di pensione, che nel 2019 ha effettuato almeno 50 giornate effettive di attività di lavoro agricolo</p> <p style="text-align: right;">Firma _____</p>
	<p>LAVORATORE ISCRITTO AL FONDO PENSIONI LAVORATORI DELLO SPETTACOLO</p> <p>con almeno 30 contributi giornalieri versati nell'anno 2019 al medesimo Fondo, cui deriva un reddito non superiore a 50.000 euro, non titolare di pensione e non titolare di rapporto di lavoro dipendente alla data del 17 marzo 2020</p> <p style="text-align: right;">Firma _____</p>

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

ASSISTITO

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____
segno 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 **INPS** (Istituto erogatore della prestazione e Paese, nel caso di estero) per lo svolgimento della pratica relativa a **Richiesta indennità prevista dagli 27, 28, 29, 30 e 38 D.L.17 febbraio 2020**

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 _____
segno nome
 C.F. _____ Luogo _____ Firma _____

OPERATORE

_____ Data _____
segno 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