



Autocertificazione ai fini della richiesta di accredito del servizio di leva - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI						
COGNOME		NOME				
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA				
A		PROV.		STATO		
CITTADINANZA						
RESIDENTE IN		PROV.		STATO		
INDIRIZZO					CAP	

Residenza alla data del compimento del 18° anno di età
(da compilare solo se diffonde dalla residenza attuale)

RESIDENTE IN		PROV.		STATO	
DISTRETTO MILITARE PRESSO CUI È STATA EFFETTUATA LA VISITA MEDICA					
PROVINCIA DI RESIDENZA ALLA DATA DEL CONGEDO					
TELEFONO *		CELLULARE *			
INDIRIZZO E-MAIL*					
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO			NUMERO		
RILASCIATO DA			IN DATA		

☒ Dichiaro (Barrare la casella corrispondente)

di aver prestato servizio ☐ militare ☐ civile dal _____ al _____

con il grado / qualifica di (soldato, sottufficiale, ufficiale, obiettore) _____

presso l'Arma o Corpo (Esercito, Aeronautica, Marina, P.S., Corpo Forestale, VV.FF, ecc.) _____

Fondo previdenziale richiesto per l'accredito _____

Recapito per eventuali comunicazioni _____



Autocertificazione ai fini della richiesta di accredito del servizio di leva - 2/2

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali 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.

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.