io chiedo

All'Inpdap - sede di

PROTOCOLLO INPDAP	
Cod.	01010401

Io sottoscritto/a

Acquisizione di fatti o stati del richiedente attraverso l'esibizione del suo documento di riconoscimento. (Art.45 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)

Dati anagrafici																							
Cognome																							
Nome																							
Nato il																							
a																				**Prov.**			
Codice fiscale																							

residente in

Residenza																							
Città													**Prov.**			**Cap.**							
Via/Piazza																							
Recapito telefonico per eventuali comunicazioni:																							

CHIEDO LA PENSIONE DIRETTA D'INABILITA'

Luogo e data

Firma del richiedente

Se le conosce, la preghiamo di fornirci le seguenti informazioni:									
numero di iscrizione :									
numero di posizione :									
Denominazione e sede dell'ultima amministrazione dove Lei ha prestato servizio:									

Notizie per il richiedente	Lei può sottoscrivere questa richiesta, in presenza del funzionario addetto, oppure, può inviarla per via telematica, posta, fax, firmata ed accompagnata dalla fotocopia del suo documento di riconoscimento (Art.38 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa). Se il documento d'identità non è più valido, dovrà dichiarare, sulla fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti, non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. L'INPDAP utilizzerà i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. L'interessato/a potrà accedere ai dati personali chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. (Legge 675/96)
Spazio per il Funzionario addetto dell'INPDAP o dell'Ente datore di lavoro	**I dati anagrafici indicati in questa pagina sono stati verificati mediante l'esibizione del documento** **N°.** **Rilasciato da** **il** (art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa) Luogo e data Timbro e firma del funzionario addetto

SCELTA DEL PATRONATO

Il sottoscritto delega il patronato_____ , presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art.47 del c.c. a rappresentarlo ed assisterlo gratuitamente nei confronti dell'INPDAP per la trattazione della pratica relativa alla presente domanda ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.vo del Capo provvisorio dello stato n.ro 804 del 29.07.47 e successive modificazioni ed integrazioni. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data | | | | | | | | Firma

Firma operatore e timbro del patronato

Codice INPDAP del patronato | | | | | | | | | | | | |

Numero pratica del patronato