

Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 1/2

ALL'UFFICIO INPS DI CASSINO

COGNOME ROLLE NOME GABRIELE

CODICE FISCALE HLLGR29203H51R NATO/A IL GG/MM/AAAA 03/10/27

A LOTIA PROV. RM STATO

RESIDENTE/DOMICILIATO IN PORTO CROCE

PROV. FR STATO ITALIA

INDIRIZZO VIALE DANTE AUGHERI SNC CAP 03037

TELEFONO * CELLULARE *

INDIRIZZO E-MAIL *

Poiché ho richiesto la seguente prestazione:

NASPI

Chiedo il pagamento con:

- ☐ bonifico domiciliato presso Ufficio Postale (il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- ☐ conto corrente bancario o postale - Libretto postale - Carte di pagamento dotate di IBAN presso:

BANCA/POSTA

AGENZIA N./FILIALE INDIRIZZO

CAP CITTÀ

Richiesta di pagamento delle prestazioni a sostegno del reddito - 2/2

Se il pagamento è richiesto con accredito su conto corrente bancario o postale, su libretto postale o su carta prepagata, la Banca o la Posta deve compilare la parte sottostante.

☐ SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN

(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta

☐ SUL MIO LIBRETTO POSTALE

CODICE IBAN

(composto da 27 caratteri)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della posta

☒ SU CARTA PREPAGATA N. _____

CODICE IBAN

1T68B0306967684510332777387

(composto da 27 caratteri)

data 24/08/2018

firma del funzionario _____

timbro della banca/posta
INTESA SANPAOLO SPA 09438
Via XXIV Maggio, 88
03037 Pontecorvo

☒ Dichiaro che l'IBAN indicato è a me intestato ed è abbinato al seguente:

CODICE FISCALE

MLLGRL27203H501R

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

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai 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 (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data 24/08/18

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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 seguente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore della struttura territorialmente competente anche per il tramite dell'agenzia stessa.

Scadenza : 03-10-2018
Diritti : 5,42

AT 4561321

I.P.Z.S. SpA - OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
PONTECORVO

CARTA D'IDENTITÀ

N° AT 4561321

DI

MOLLE GABRIELE

TS AC 2014
CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI

REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

 **Codice Fiscale** MLLGRL97R03H501R **Sesso** M

Cognome MOLLE
Nome GABRIELE

Data di scadenza 14/04/2022

Luogo di nascita ROMA
Provincia RM

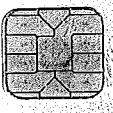
Data di nascita 03/10/1997

Dati sanitari regionali
 **REGIONE LAZIO**

Cognome **MOLLE**
 Nome **GABRIELE**
 nato il **03-10-1997**
 (atto n. **154** p. **1** s. **A** 1997)
 a **ROMA**
 Cittadinanza **ITALIANA**
 Residenza **PONTECORVO (FR)**
 Via **LE DANTE ALIGHIERI/SNC**
 Stato civile **STATO LIBERO**
 Professione **STUDENTE**
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
 Statura **178**
 Capelli **Neri**
 Occhi **Marroni**
 Segni particolari **NESSUNO**


 Firma del titolare **PONTECORVO**
13-08-20
 Impronta del dito indice sinistro
 IL SINDACO
 (Firma illegibile)
 (Firma illegibile)

AC 2014
TS
 CARTA NAZIONALE DEI SERVIZI
 REPUBBLICA ITALIANA
TESSERA SANITARIA
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI


 Codice Fiscale **MLLGRL97R03H501R** Sesso **M**
 Cognome **MOLLE**
 Nome **GABRIELE**
 Luogo di nascita **ROMA**
 Provincia **RM**
 Data di scadenza **14/04/2022**
 Data di nascita **03/10/1997**
 Dati sanitari regionali
REGIONE LAZIO

30/8/2018

ANPAL



Cruscotto Did

Cognome

MOLLE

Nome

GABRIELE

Codice Fiscale

MLLGRL97R03H501R

Elenco delle DID

Codice Fiscale
MLLGRL97R03H501R

Data dichiarazione
24/08/2018

Stato DID
Convalidata



Torna al Cruscotto

Anpal © 2016 - Tutti i diritti riservati

JP 30 AGO 2018



Prot. n. 525476 del 30 AGO 2018

ID
zione
18

2018

Stato DID

Convalidata

Patto di Servizio Personalizzato

Il/la sottoscritt/a GA. SQU. C. dichiara di aver sottoscritto il Patto di servizio Personalizzato presso il Cpl di C.A.S. N. 2 e di aver concordato i seguenti impegni:

- ☒ Partecipazione a laboratori di:
- ☐ Presentazione di n. 1 alle ore 18, presso CLONARONAS DEC CPI

Il prossimo appuntamento è fissato per il giorno

CLONARONAS

CLONARONAS DEC CPI

Spide Nelli