



**RICHIESTA BONUS COVID-19
DA COMPILARE, FIRMARE E INVIARE
ALL'INDIRIZZO MAIL
covid19.legnano@inca.it**

(SCRIVERE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO)

DATI DEL RICHIEDENTE

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL _____ LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

CITTA' DI RESIDENZA _____

INDIRIZZO _____

CELLULARE _____

MAIL _____

CODICE IBAN _____

CHIEDO

SELEZIONARE IL TIPO DI INDENNITA' DA RICHIEDERE:

PROFESSIONISTI E LAVORATORI CON RAPPORTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA (ART 27) :

- LIBERO PROFESSIONISTA
- PARTECIPANTE A STUDIO ASS./SOCIETA' SEMPLICE, P.IVA E ISCRITTO ALLA GESTIONE SEPARATA
- LAVORATORE CON RAPP. DI COLLAB.COORD E CONT. ISCRITTO ALLA GESTIONE SEPARATA

LAVORATORI AUTONOMI ISCRITTI ALLE GESTIONI SPECIALI DELL' AGO (ARTIGIANI, COMMERCianti, COLTIVATORI DIRETTI , MEZZADRI, COLONI) (ART 28)

- LAVORATORE AUTONOMO ISCRITTO ALLA GESTIONE ARTIGIANI
- LAVORATORE AUTONOMO ISCRITTO ALLA GESTIONE COMMERCianti
- LAVORATORE AUTONOMO ISCRITTO ALLA GESTIONE COLTIVATORI DIRETTI, COLONI, MEZZADRI

LAVORATORI STAGIONALI DEL TURISMO E DEGLI STABILIMENTI TERMALI(ART 29)

- LAVORATORE STAGIONALE DEL TURISMO
- LAVORATORE STAGIONALE DEGLI STABILIMENTI TERMALI

LAVORATORI DEL SETTORE AGRICOLO (ART 30)

- OPERAIO A TEMPO DETERMINATO DEL SETTORE AGRICOLO
- PICCOLO COLONO COMPARTICIPANTE FAMILIARE
- PICCOLO COLTIVATORE DIRETTO CHE INTEGRA FINO A 51 GIORNATE DI ISCRIZIONE NEGLI ELENCHI

LAVORATORI DELLO SPETTACOLO (ART 38)

- LAVORATORE DELLO SPETTACOLO

Data _____ Luogo _____

FIRMA _____

**ALLEGARE CARTA D'IDENTITA'- TESSERA SANITARIA
MANDATO DI PATROCINIO FIRMATO (2 FIRME)
LIBERATORIA FIRMATA**

Il sottoscritto
nato il
a.....

che si è rivolto al Patronato INCA CGIL per inoltrare tramite canale telematico la domanda di BONUS COVID 19 dichiara sotto la sua personale responsabilità di:

- aver ricevuto in consegna la copia dell'istanza trasmessa e dei relativi allegati, , di averne preso visione e confermo che i dati inseriti sono esatti.
- aver verificato il CODICE IBAN riportato sulla domanda e confermo che questo è indicato in modo corretto ed è corrispondente a quello intestato al sottoscritto
- essere stato informato dal patronato che la prestazione richiesta è soggetta a termini di decadenza dall'azione giudiziaria

Pertanto sarà a mio carico l'impegno di interessarmi dello stato della pratica nei termini di decadenza.

Inoltre : L'indennità di cui al presente articolo è erogata dall'INPS, previa domanda, nel limite di spesa complessivo previsto per l'anno 2020. L'INPS provvede al monitoraggio del rispetto del limite di spesa e comunica i risultati di tale attività al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al ministero dell'economia e delle finanze. Qualora dal predetto monitoraggio emerga il verificarsi di scostamenti, anche in via prospettica, rispetto al predetto limite di spesa, non sono adottati altri provvedimenti concessori.

Luogo e data

Firma



il Patronato della CGIL

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

Dati dell'Assistito

Io sottoscritto/a Cognome Nome
Data di nascita Comune di nascita Sesso M F
Codice Fiscale Cittadinanza..... Tel.....
Indirizzo N°..... C.A.P..... Città.....

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 DM 10 ottobre 2008 n° 193, al **Patronato INCA CGIL – Sede di** presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art. 47 del C.C. , nei confronti del (Istituto erogatore della prestazione e, se estero, Paese) per lo svolgimento della pratica relativa a

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Firma dell'Assistito

Dati del Collaboratore volontario

Cognome..... Nome.....
Data.....Luogo

Firma del Collaboratore volontario

Dati dell'Operatore

Cognome.....Nome.....
Data..... Sede

Firma dell'Operatore e Timbro

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Io sottoscritto, lette le informazioni riportate nell'informativa privacy allegata al presente modulo, consapevole che in mancanza di consenso INCA non potrà procedere al trattamento dei dati, trattandosi di dati particolari,

- presto il mio consenso** **nego il mio consenso**

al trattamento dei miei dati particolari nei limiti dei dati e delle operazioni necessarie per il perseguimento dei compiti affidati con il mandato nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi previsti dalla normativa in materia, nonché alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa (datore di lavoro, enti previdenziali ed assistenziali, professionisti legali, consulenti eventualmente da me incaricati per la tutela in ambito amministrativo e/o giurisdizionale), comunque nei limiti in cui la comunicazione sia necessaria per l'adempimento dell'incarico conferito, con espresso consenso, nel caso in cui tali soggetti abbiano sede in paesi extra UE, al trasferimento dei dati nei predetti paesi esteri, anche laddove non vi sia una decisione di adeguatezza della Commissione Europea. Con la prestazione del consenso autorizzo INCA ad accedere, ex art. 116 d.lgs. 196/03, alle banche dati degli enti eroganti le prestazioni per l'acquisizione dei dati necessari all'espletamento dell'incarico conferito.

2. Inoltre, prendendo atto che la prestazione del consenso per attività estranee alla tutela del lavoratore o del pensionato non è obbligatoria e che, in caso di rifiuto, non riceverei alcun pregiudizio

- presto il mio consenso** **nego il mio consenso**

al trattamento dei miei dati per finalità di informativa istituzionale e/o promozionale da parte del Patronato INCA, anche a mezzo di strumenti tecnologici avanzati quali fax, Email, PEC, SMS, MMS e altri strumenti di comunicazione elettronica avanzata (es. Whatsapp, Telegram, ecc.).

3. Inoltre, consapevole del fatto che la prestazione del consenso per attività estranee alla tutela del lavoratore o del pensionato non è obbligatoria e che, in caso di rifiuto, non riceverei alcun pregiudizio

- presto il mio consenso** **nego il mio consenso**

alla comunicazione e al successivo trattamento dei miei dati, anche particolari, per le loro finalità istituzionali nei limiti di quanto necessario per l'adempimento delle obbligazioni derivanti da contratti, incarichi, mandati o quant'altro eventualmente da me già conclusi o da concludere con tali soggetti per finalità di tutela ed assistenza in ambito lavorativo, assistenziale, previdenziale, assicurativo, fiscale e/o contabile, alla CGIL, alle sue federazioni di categoria nazionali, regionali e/o territoriali, ivi compreso lo SPI, nonché alle CGIL regionali e alle Camere del Lavoro territoriali e metropolitane, ai CAAF CGIL SRL costituiti dalla CGIL stessa, alle altre società di servizio costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi statutari o, comunque, con essa convenzionate o affiliate, al SUNIA, alla Federconsumatori, all'AUSER e alle altre associazioni costituite dalla CGIL per il perseguimento dei propri scopi istituzionali e/o statutari, agli enti bilaterali e, ciò, anche affinché tali soggetti possano successivamente trattare i miei dati comuni per finalità di informativa promozionale, commerciale e istituzionale nonché per il compimento di ricerche di mercato, per l'erogazione di altri servizi di loro competenza, connessi alla tutela in ambito lavorativo, fiscale, contabile, assicurativo, previdenziale ed assistenziale.

Data _____

Firma _____