

**NUOVO BONUS MAMME - 2025**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Nata il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Cod Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- ☐ Madre nell'anno 2025 di soli 2 figli di cui almeno uno di età inferiore ai 10 anni
- ☐ Madre nell'anno 2025 di 3 o più figli di cui il più piccolo di età inferiore ai 18 anni e di non avere un rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato in uno o più giorni nei mesi di richiesta del bonus

DATI ANAGRAFICI FIGLI

Cognome	Nome
Data di Nascita	Stato estero o città di nascita
Data di ingresso in famiglia	Codice fiscale

Cognome	Nome
Data di Nascita	Stato estero o città di nascita
Data di ingresso in famiglia	Codice fiscale

Cognome	Nome
Data di Nascita	Stato estero o città di nascita
Data di ingresso in famiglia	Codice fiscale

Cognome	Nome
Data di Nascita	Stato estero o città di nascita
Data di ingresso in famiglia	Codice fiscale

TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO

<input type="radio"/> Lavoratrice dipendente a tempo indeterminato	<input type="radio"/> Lavoratrice dipendente a tempo determinato
<input type="radio"/> Artigiana	<input type="radio"/> Commerciante
<input type="radio"/> Pescatrice autonoma	<input type="radio"/> Lavoratrice agricola autonoma
<input type="radio"/> Gestione Separata - Collaborazione Coordinata e Continuativa	<input type="radio"/> Gestione Separata - Professionista con P.IVA
<input type="radio"/> Gestione Separata (altra tipologia)	<input type="radio"/> Professionista Iscritta ad un Cassa Specificare Cassa _____

MENSILITA' DEL RAPPORTO DI LAVORO - ANNO 2025

- |                                    |                              |                                 |                                |
|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> TUTTI oppure | <input type="radio"/> APRILE | <input type="radio"/> LUGLIO    | <input type="radio"/> OTTOBRE  |
| <input type="radio"/> GENNAIO      | <input type="radio"/> MAGGIO | <input type="radio"/> AGOSTO    | <input type="radio"/> NOVEMBRE |
| <input type="radio"/> FEBBRAIO     | <input type="radio"/> GIUGNO | <input type="radio"/> SETTEMBRE | <input type="radio"/> DICEMBRE |
| <input type="radio"/> MARZO        |                              |                                 |                                |

Codice IBAN \_\_\_\_\_

# MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

<b>ASSISTITO</b>	Io sottoscritto/a _____ C.F. _____	
	data di nascita _____	Comune di nascita _____ cittadinanza _____
	sex _____	indirizzo _____ C.A.P. _____
	Comune di residenza _____ tel./cell. _____ email _____	
	<p>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 <u>INPS</u> (Istituto erogatore della prestazione e Paese, nel caso di estero)</p> <p>per lo svolgimento della pratica relativa a <u>BONUS MAMME L. 118/25</u></p> <p>Ma sottoscritto/a dichiara: a) 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. b) Di aver ritirato dal Patronato INAS CISL copia della domanda di prestazione, oggetto del presente mandato, nonché la documentazione in originale utilizzata per la presentazione della stessa. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.</p> <p style="text-align: right;">Firma Assistito <u>X</u></p>	
<b>COLLABORATORE VOLONTARIO</b>	_____ Data _____	
	C.F. _____	Luogo _____ Firma _____
<b>OPERATORE</b>	_____ Data _____	
	C.F. _____	Sede _____ Firma _____
		<b>INAS - CISL</b> <small>timbro</small>

## 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:** effettuare 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 riconosciuti dall'art. 15 dell'art. 22 del GDPR n. 2016/679, ed espressamente 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](mailto: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 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 X

**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 affinché li utilizzino per finalità proprie e/o per la promozione dei propri servizi; c) siano comunicati 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 X

**N.B.: Il mandato si perfeziona con timbro e firma dell'operatore del Patronato**