

**Richiesta di invio domanda  
NUOVO BONUS MAMME 2025**

LA SOTTOSCRITTA

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

COD. FISCALE \_\_\_\_\_ NATA IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

STATO DI NASCITA \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TELEFONO/ CELL. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**CHIEDE AL PATRONATO INAS CISL DI INOLTARE ALL'INPS DOMANDA DI NUOVO BONUS MAMME 2025**

**Dichiara di essere** (selezionare una delle due opzioni)

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

**Dichiara altresì:**

- ☐ di essere lavoratrice dipendente a tempo indeterminato con esattamente due figli nei mesi di richiesta del Nuovo bonus mamme, ovvero di essere una lavoratrice dipendente, con esclusione dei rapporti di lavoro domestico, ovvero di essere una lavoratrice autonoma iscritta alle gestioni previdenziali obbligatorie autonome, ovvero di essere iscritta alla cassa professionale, comprese le casse di previdenza professionali di cui al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, e al decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, e la gestione separata di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335

**Dati dei figli**

**Figlio 1**

|                  |                                 |                   |                         |       |
|------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------|-------|
| COGNOME          | NOME                            | Data di nascita   | Data ingresso al nucleo | Sesso |
|                  |                                 |                   |                         |       |
| Stato di nascita | Comune di nascita (se italiano) | Provincia Nascita |                         |       |
|                  |                                 |                   |                         |       |
| CODICE FISCALE   |                                 |                   |                         |       |
|                  |                                 |                   |                         |       |

Se non in possesso di codice fiscale allegare DOCUMENTO DI CERTIFICAZIONE

**Figlio 2**

|                  |                                 |                   |                         |       |
|------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------|-------|
| COGNOME          | NOME                            | Data di nascita   | Data ingresso al nucleo | Sesso |
|                  |                                 |                   |                         |       |
| Stato di nascita | Comune di nascita (se italiano) | Provincia Nascita |                         |       |
|                  |                                 |                   |                         |       |
| CODICE FISCALE   |                                 |                   |                         |       |
|                  |                                 |                   |                         |       |

Se non in possesso di codice fiscale allegare DOCUMENTO DI CERTIFICAZIONE

**Figlio 3**

|                  |                                 |                   |                         |       |
|------------------|---------------------------------|-------------------|-------------------------|-------|
| COGNOME          | NOME                            | Data di nascita   | Data ingresso al nucleo | Sesso |
|                  |                                 |                   |                         |       |
| Stato di nascita | Comune di nascita (se italiano) | Provincia Nascita |                         |       |
|                  |                                 |                   |                         |       |
| CODICE FISCALE   |                                 |                   |                         |       |
|                  |                                 |                   |                         |       |

Se non in possesso di codice fiscale allegare DOCUMENTO DI CERTIFICAZIONE

## Dati Lavoro

**LAVORO 1** *Tipologia:*

|                          |                                              |                          |                                           |                          |                               |
|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lavoratrice dipendente a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> | Commerciante                              | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata – Co.Co.Co. |
| <input type="checkbox"/> | Lavoratrice dipendente a tempo determinato   | <input type="checkbox"/> | Lavoratrice agricola autonoma (CD/CM,...) | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata - altro     |
| <input type="checkbox"/> | Artigiana                                    | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata – prof. con P.IVA       | <input type="checkbox"/> | Ex INPGI                      |
| <input type="checkbox"/> | Iscritta alla cassa :                        |                          |                                           |                          |                               |

*Mensilità del rapporto di lavoro (2025)*

Mensilità del rapporto di lavoro (2025)

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

**LAVORO 2** *Tipologia:*

|                          |                                              |                          |                                           |                          |                               |
|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lavoratrice dipendente a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> | Commerciante                              | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata – Co.Co.Co. |
| <input type="checkbox"/> | Lavoratrice dipendente a tempo determinato   | <input type="checkbox"/> | Lavoratrice agricola autonoma (CD/CM,...) | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata - altro     |
| <input type="checkbox"/> | Artigiana                                    | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata – prof. con P.IVA       | <input type="checkbox"/> | Ex INPGI                      |
| <input type="checkbox"/> | Iscritta alla cassa :                        |                          |                                           |                          |                               |

*Mensilità del rapporto di lavoro (2025)*

Mensilità del rapporto di lavoro (2025)

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

### LAVORO 3 *Tipologia:*

|                          |                                              |                          |                                          |                          |                               |
|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lavoratrice dipendente a tempo indeterminato | <input type="checkbox"/> | Commerciante                             | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata – Co.Co.Co. |
| <input type="checkbox"/> | Lavoratrice dipendente a tempo determinato   | <input type="checkbox"/> | Lavoratrice agricola autonoma (CD/CM,..) | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata - altro     |
| <input type="checkbox"/> | Artigiana                                    | <input type="checkbox"/> | Gestione Separata – prof. con P.IVA      | <input type="checkbox"/> | Ex INPGI                      |
| <input type="checkbox"/> | Iscritta alla cassa :                        |                          |                                          |                          |                               |

*Mensilità del rapporto di lavoro (2025)*

Mensilità del rapporto di lavoro (2025)

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

**DICHIARO**

☐ Che, secondo la situazione reddituale attuale, la somma dei redditi da lavoro rilevanti ai fine del calcolo delle imposte per l'anno 2025 è pari o inferiore a 40.000 euro

**Modalità di pagamento:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Bonifico domiciliato presso lo sportello postale di _____                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | Accredito su <input type="checkbox"/> conto corrente <input type="checkbox"/> carta prepagata <input type="checkbox"/> libretto postale, con il seguente numero di IBAN:<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
|                          | BIC/Swift _____ <span style="float: right; font-size: small;">(se IBAN estero allegare mod. <b>MV70</b> "identificazione finanziaria Area SEPA")</span>                                                                                                              |

## DICHIARAZIONI

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e/o penali che possono derivare dalla presentazione della domanda con dati inesatti, infedeli o mendaci e delle conseguenze penali, civili ed amministrative, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 per chi rende dichiarazioni false, dichiaro sotto la mia responsabilità, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 45 del predetto D.P.R. n.445 del 2000 di essere in possesso di tutti i requisiti indicati in domanda. |
| <input type="checkbox"/> | Dichiaro di aver letto l'informativa alla privacy presente sul sito INPS e acconsento al trattamento dei miei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa stessa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Data e luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Documentazione necessaria

- Copia documento identità
- Mandato INAS CISL firmato

# MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

(attività di cui all'art.10 c.3 della L. n.152/01 come modificato dalla L. n. 190/14, agli artt. 2 e 3 del DM 16/09/2015 ed alla convenzione con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 08/11/2017)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ASSISTITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Io sottoscritto/a _____ C.F. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | data di nascita _____ Comune di nascita _____ cittadinanza _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | sex _____ indirizzo _____ C.A.P. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Comune di residenza _____ tel./cell. _____ email _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | con il presente atto, conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistermi, ai sensi dell'art. 10 comma 3 della legge n. 152/01, degli artt. 2 e 3 del DM del 16/09/2015 "individuazione delle prestazioni non rientranti nel finanziamento per le quali è ammesso il pagamento di un contributo per l'erogazione del servizio a favore degli Istituti di Patronato e di Assistenza Sociale, da parte dell'utenza o degli enti pubblici beneficiari" e della convenzione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n.12975 del 08/11/2017, al Patronato INAS di _____ presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'Art. 47 C.C. nei confronti del _____ (Istituto erogatore della prestazione e Paese, nel caso di estero) per lo svolgimento della pratica relativa a _____ |
| <p>Il/la sottoscritto/a dichiara: <b>a)</b> 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>b)</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 </p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|           |                                   |                                                                                                  |
|-----------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OPERATORE | _____ Data _____                  | <div style="border: 1px solid red; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto;"></div><br>timbro |
|           | C.F. _____ Sede _____ Firma _____ |                                                                                                  |

## 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:** effettuerà 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 riconosciutigli dall'art. 15 all'art. 22 del GDPR n. 2016/679, ed esemplificativamente 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 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 

**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 

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