

INPS

DELEGA LIMITATA (NO MODIFICHE/RINUNCE)

Versione: 2026

1. Dati del delegante

Il/La sottoscritto/a: _____

Codice Fiscale: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____

Documento d'identità (tipo e n.): _____

2. Dati del delegato

Delega il/la Sig./Sig.ra: _____

Codice Fiscale: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____

Documento d'identità (tipo e n.): _____

3. Oggetto della delega

Sede INPS (Città): _____

Tipo ☐ NASpl ☐ Pensione ☐ Invalidità ☐ Maternità
pratica:

☐ Altro: _____

Numero domanda (se disponibile): _____

Operazioni consentite:

☐ Solo consultazione pratica☐ Solo deposito documenti**CLAUSOLA DI LIMITAZIONE:**

Il delegato è autorizzato **ESCLUSIVAMENTE** alla consultazione e al deposito di documenti.

NON è autorizzato a:

- Effettuare modifiche alla domanda
- Presentare revoche o rinunce
- Firmare atti dispositivi
- Accettare o rifiutare proposte
- Compiere qualsiasi atto oltre la semplice consultazione e deposito documentale

4. Validità

Valida ☐ singola operazione in data _____
per: ☐ periodo dal _____ al _____

5. Allegati

- ☐ Copia del documento di identità del delegante (Obbligatorio)
- ☐ Copia del documento di identità del delegato
- ☐ Altro: _____

Luogo: _____ **Data:** _____

Firma del delegante

**Firma del delegato (per
accettazione)**

Fac-simile – uso informativo. Verifica eventuali moduli ufficiali richiesti dall'ente.