



Domanda di invalidità civile - 1/3

ALL'UFFICIO INPS DI

Il sottoscritto

COGNOME NOME

SECONDO COGNOME SESSO M F

NATO/A IL GG/MM/AAAA CODICE FISCALE

A PROV. STATO

Chiede di essere sottoposto

ad accertamento sanitario ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993 n. 537 e relativo regolamento (con il relativo riconoscimento del beneficio economico) per il Riconoscimento Aggravamento quale:

(Avvertenze: selezionare la/le casella/e corrispondente/i all'ai riconoscimento/i richiesto/i).

Invalido civile ai sensi della legge 30.03.71 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni.

Indicare ai fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico si no

Cieco civile ai sensi della legge 27.05.70, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni;

Sordo civile ai sensi della legge n. 26.05.70, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni (barrare la casella solo in caso di sordità presente alla nascita o insorta prima del compimento del 12° anno, altrimenti barrare la casella invalido civile);

Portatore di handicap ai sensi della legge 05.02.92, n. 104;

Collocamento mirato ai sensi art. 1 Legge n. 68 del 12.03.1999 (dal 15° anno al 65°).

(Avvertenze: selezionare la/le casella/e corrispondente/i all'ai riconoscimento/i richiesto/i).

Dichiara

a) di essere:

cittadino italiano

cittadino U.E. iscritto nell'anagrafe del Comune di _____ dal _____

cittadino extracomunitario in possesso di: permesso di soggiorno n. _____

- data di scadenza _____

- data di ricevuta della richiesta di rinnovo _____

carta di soggiorno oppure permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo n. _____

- data di scadenza _____

apolide

rifugiato politico titolare di permesso di soggiorno n. _____

- data di scadenza _____

beneficiario di protezione sussidiaria titolare di permesso di soggiorno n. _____

- data di scadenza _____

cittadino della Repubblica di S. Marino



Domanda di invalidità civile - 2/3

- b) residente in Italia (indirizzo, n. civ., cod. postale, città, prov.) _____

 e-mail/P.E.C. _____
 telefono _____ cellulare _____
- c) stato civile _____
- d) professione/condizione _____
- e) temporaneamente domiciliato presso
- il sig. _____
 - in struttura residenziale denominata: _____
 - ricoverato presso: _____
- via _____ n° civico _____ cap _____
 città _____ prov. _____
 (L'indirizzo indicato in questa sezione sarà utilizzato per la visita presso la ASL)
- f) che le comunicazioni vengano inviate all'indirizzo di seguito indicato
 presso il/la sig./sig.ra _____

 (indirizzo, n. civ., cod. postale, città)
- g) che le infermità per le quali chiede il riconoscimento dello stato invalidante non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro.
- h) ai sensi e per gli effetti dell'art. 56, comma 2, della legge 18 giugno 2009, n. 69, di **NON AVERE** già presentato un'altra domanda volta a ottenere il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap, disabilità, in corso di esame in sede amministrativa ovvero giudiziaria (in caso di presentazione di altra domanda o di pendenza di ricorso giudiziario o amministrativo, la presente domanda sarà considerata irricevibile).

● Chiede

che la visita non venga effettuata nelle seguenti giornate: (selezionare al massimo tre punti)

- | | | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> Lunedì | <input type="radio"/> mattina | <input type="radio"/> pomeriggio | <input checked="" type="radio"/> Martedì | <input type="radio"/> mattina | <input type="radio"/> pomeriggio |
| <input checked="" type="radio"/> Mercoledì | <input type="radio"/> mattina | <input type="radio"/> pomeriggio | <input checked="" type="radio"/> Giovedì | <input type="radio"/> mattina | <input type="radio"/> pomeriggio |
| <input checked="" type="radio"/> Venerdì | <input type="radio"/> mattina | <input type="radio"/> pomeriggio | <input checked="" type="radio"/> Sabato | <input type="radio"/> mattina | <input type="radio"/> pomeriggio |

● Numero certificato medico

- 1 - _____ 2 - _____
 3 - _____ 4 - _____
 5 - _____

● Delega al patronato

Delego il patronato _____ sede di _____ presso il quale
 eleggo domicilio (ai sensi dell'articolo 47 del codice civile) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps.



Domanda di invalidità civile - 3/3

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

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere da eventuali 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.

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "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 presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile

● Modalità di pagamento della pensione presso l'Ufficio Postale

(In caso di titolarità di altre prestazioni già erogate dall'Inps i pagamenti saranno unificati ed effettuati presso lo stesso ufficio pagatore e con la stessa modalità)

Il / La sottoscritto/a _____
(dichiarante maggiorenne)

Il / La sottoscritto/a _____
(genitore dichiarante o genitore unico o rappresentante legale)

Chiede che l'importo della prestazione economica sia corrisposto presso

UFFICIO POSTALE DI N.

INDIRIZZO

CAP CITTÀ

CODICE ABI CODICE CAB/ FRAZIONARIO

(I codici ABI e CAB / Frazionario sono forniti dall'ufficio postale)

Per i minori titolari di prestazione scegliere tra le modalità 1 o 2

1 in contanti presso lo sportello *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

2 sul libretto nominativo ordinario intestato al minore n. _____

3 sul conto corrente postale CODICE IBAN

4 sul libretto di risparmio nominativo n. _____

5 su carta prepagata dotata di codice IBAN _____

6 su Inps card n. _____

Se si sceglie conto corrente o libretto, deve essere obbligatoria la scelta di una delle seguenti dichiarazioni:

● Dichiaro che:

- Il conto corrente / libretto è intestato al solo titolare della prestazione
- Il conto corrente / libretto è cointestato



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile

● Modalità di pagamento della prestazione presso la Banca.

(In caso di titolarità di altre prestazioni già erogate dall'Inps i pagamenti saranno unificati ed effettuati presso lo stesso ufficio pagatore e con la stessa modalità)

Il / La sottoscritto/a _____
(dichiarante maggiorenne)

Il / La sottoscritto/a _____
(genitore dichiarante o genitore unico o rappresentante legale)

chiede che l'importo della prestazione economica sia corrisposto presso Banca

<input type="text" value="BANCA"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="AGENZIA"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="INDIRIZZO"/>	<input type="text"/>		
<input type="text" value="CAP"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="CITTÀ"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="CODICE ABI"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="CODICE CAB"/>	<input type="text"/>

(I codici ABI e CAB sono forniti dalla banca)

Per i minori titolari di prestazione scegliere tra le modalità 1, 2 o 3

1 in contanti presso lo sportello *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

2 sul conto corrente bancario *(per i minori "Conto corrente intestato al minore")*

3 sul libretto di risparmio nominativo n. _____

4 sul libretto di deposito a risparmio nominativo n. _____

5 su carta prepagata dotata di codice IBAN _____

Se si sceglie conto corrente o libretto, deve essere obbligatoria la scelta di una delle seguenti dichiarazioni:

● Dichiaro che:

- Il conto corrente / libretto è intestato al solo titolare della prestazione
- Il conto corrente / libretto è cointestato



Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Assunzione di responsabilità

(Il presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente)

Il sottoscritto _____ si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto _____ è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente

Luogo e data

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 presente 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 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 provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Autenticazione della sottoscrizione (Spazio riservato al pubblico ufficiale)

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario INPS, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

Luogo e data _____ Firma del funzionario _____

In caso di impedimento alla firma compilare la parte sottostante

Io sottoscritto _____

Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaaa) _____

- Impossibilitato a firmare**
 - poiché impedito per cause di natura fisica
 - poiché incapace di scrivere
- Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute (D.P.R. 445/2000 art.4 comma 2)**

compilata e sottoscritta dal Sig./Sig.ra _____

grado di parentela _____

(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)

Identificato/a con documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ in data (gg/mm/aaa) _____

Firma del parente dichiarante _____

Data _____ Firma del funzionario _____