



Domanda di invalidità civile - 1/3

ALL'UFFICIO INPS DI _____

Dati del rappresentante legale:

COGNOME _____ NOME _____

SESSO M F CODICE FISCALE _____

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____ A _____ PROV. _____

STATO _____

in qualità di genitore tutore amministratore di sostegno curatore

Chiede che il Sig.

COGNOME _____ NOME _____

SECONDO COGNOME _____ SESSO M F

NATO/A IL GG/MM/AAAA _____ CODICE FISCALE _____

A _____ PROV. _____ STATO _____

venga 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 al/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 sì 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 al/ai riconoscimento/i richiesto/i)

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi della legge n. 445/2000.

Dichiara che il Sig. _____ è:

- a) 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 _____



Domanda di invalidità civile - 2/3

- 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
- 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 - _____



Domanda di invalidità civile - 3/3

● 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.

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. Il loro elenco completo ed aggiornato è disponibile sul sito www.inps.it.

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.