

Per i richiedenti MAGGIORENNI

Alla Commissione medica per l'accertamento delle invalidità civili presso l'ASL _____

Quadro A**Domanda d'invalidità****Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445**

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale

chiede di essere sottoposto ad accertamento sanitario per il riconoscimento dell'invalidità quale :

invalido civile (legge 30 marzo 1971 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni) ai soli fini dell'art.1 ,comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n.295, indicare se minorato psichico si no

cieco civile (legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni)

sordomuto (legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni)

Dichiara che le infermità per le quali chiede il riconoscimento dell'invalidità civile NON dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

Allega alla domanda :

➤ certificazione medica rilasciata il _____ attestante la natura delle infermità invalidanti

➤ allega inoltre la seguente documentazione :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Quadro B

Con questa domanda il/la sottoscritto/a chiede che l'INPS di _____ gli/le corrisponda i benefici economici spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alle minorazioni riconosciute.

Anche per questo fine

DICHIARA DI ESSERE

Nato/a a _____ provincia _____

Il _____

Residente in _____ provincia _____

Via/Piazza _____ n. _____

CAP _____ telefono _____

Cittadino italiano/ _____ appartenente all'Unione Europea **oppure**

Cittadino extracomunitario titolare di carta di soggiorno (*allegare la carta di soggiorno*)

coniugato/a con _____ nata/o _____

il _____ codice fiscale

vedovo/a

celibe/nubile

separato/a

divorziato/a

DICHIARA INOLTRE

di NON essere ricoverato

di essere ricoverato dal _____ al _____ e dal _____ al _____

nell'Istituto/ nella RSA _____

via/piazza _____ n. _____ città _____

a titolo gratuito

con il contributo parziale di ente pubblico

interamente a spese proprie

di non essere / essere titolare di indennità di accompagnamento per causa di guerra o di servizio e/o assegno personale continuativo INAIL o assegno INPS di assistenza continuativa

Quadro C

(Deve essere compilato se è stata riconosciuta l'invalidità parziale)

Il sottoscritto _____

DICHIARA

di essere di non essere titolare di altre prestazioni erogate a titolo d'invalidità.

e se la persona che dichiara è di età inferiore a 65 anni (uomini) o 60 anni (donne):

di essere iscritto nelle liste speciali di collocamento obbligatorio dal _____

oppure

di avere presentato domanda per l'accertamento sanitario per l'iscrizione nelle liste speciali di collocamento obbligatorio, impegnandosi a presentare, appena in possesso, copia dell'attestato di iscrizione

oppure

di essere inidoneo al lavoro dal _____ (allegare il certificato di inidoneità)

Quadro D**DICHIARAZIONE DEI REDDITI**

(NON deve essere compilato dagli ultrasessantacinquenni riconosciuti invalidi totali con diritto all'indennità di accompagnamento - minori invalidi totali o minori ciechi assoluti con diritto all'indennità di accompagnamento o minori sordomuti con diritto all'indennità di comunicazione)

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che per gli anni _____

NON possiede

POSSIEDE, oltre alle pensioni pagate dall'INPS, i redditi indicati nella tabella successiva

e il/la sig. _____ coniuge della persona che chiede il beneficio, dichiara sotto la propria responsabilità che per gli anni _____

NON possiede

POSSIEDE, oltre alle pensioni pagate dall'INPS, i redditi riportati nella tabella che segue

(i redditi da indicare sono quelli al lordo delle trattenute per tassazione)

REDDITI	TITOLARE		CONIUGE	
	Anno	Anno	Anno	Anno
Reddito da lavoro dipendente e assimilato				
Pensioni erogate da enti diversi dall'INPS				
Reddito catastale della casa di abitazione				
Reddito da terreni e fabbricati esclusa la casa di abitazione				
Altri redditi assoggettabili all'IRPEF				
Pensioni di guerra				
Altri redditi non assoggettabili all'IRPEF				
Interessi bancari, postali, dei BOT, dei CCT, dei titoli di stato, quote d'investimento, vincite al lotto e lotteria				
Redditi soggetti a tassazione separata				

Firma del coniuge _____

(allegare fotocopia di un documento d'identità del coniuge non scaduto)

Quadro E**Modalità di pagamento**

Il/la sottoscritto/a chiede che gli importi spettanti con questa richiesta vengano posti in pagamento presso:

- L'Ufficio postale di _____ via _____
- La Banca _____ agenzia di _____
codice CAB _____ ABI _____, con pagamento
- in contanti allo sportello
- Con accredito sul _____

Nel caso di titolarità di altre pensioni già pagate dall'INPS, i pagamenti saranno unificati presso lo stesso ufficio pagatore.

Quadro F**Informativa sul trattamento dei dati personali e sensibili
Legge 675 del 1996**

I dati personali e gli eventuali dati sensibili devono essere forniti necessariamente per istruire la presente domanda e per determinare l'importo da porre in pagamento. Sono raccolti ed utilizzati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare la prestazioni. Sono comunicati a soggetti che gestiscono servizi informatici di postalizzazione ovvero di archiviazione necessaria per il pagamento. Sono comunicati ad altri Enti o Amministrazioni pubbliche, ove ciò sia necessario, per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Il dichiarante può rivolgersi, in ogni momento all'INPS per verificare i dati che lo riguardano e farli, eventualmente, aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento se trattasi di violazione di legge.

L'INPS, in quanto Ente pubblico non economico, non deve acquisire il consenso degli interessati per il trattamento dei dati personali in quanto avviene soltanto per l'adempimento delle funzioni istituzionali.

Il/la sottoscritto/a, 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, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti nei quadri A,B,C,D,E sono completi e veritieri.

Il/la sottoscritto/a s'impegna a comunicare, entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati con questa domanda.

Il/la sottoscritto/a 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, anche il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Data _____

Il dichiarante _____
(Allegare fotocopia di un documento d'identità valido)

Attestazione a firmare da chi non sa o non può firmare per impedimento

Ai sensi dell'art.4, comma 1, del DPR 28/12/2000, n. 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal/dalla sig./ra _____
consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo _____ impedito a sottoscrivere

data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO _____

Scelta del Patronato

(Se intende delegare il Patronato alla trattazione della richiesta. L'assistenza del Patronato è gratuita)

Il/la sottoscritt_ delega il Patronato _____ presso il quale eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del Codice Civile, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, nei confronti dell'INPS, per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. del Capo provvisorio dello Stato 29 luglio 1947 n. 804 e successive modificazioni e integrazioni.

Questo mandato può essere revocato **solo** per iscritto.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'articolo 10 della legge 675/96, l'informativa sul trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili previsti dall'articolo 22 della stessa legge:

- 1) consento il loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato;
- 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS:

data _____

Firma _____

TIMBRO DEL PATRONATO CON CODICE

Delega alla riscossione

(se intende delegare altra persona alla riscossione)

Io sottoscritt_ _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

delego alla riscossione _____

nato/a a _____ prov _____ il _____

residente in _____ prov _____ CAP _____

Via _____ n. _____ telefono _____ / _____

codice fiscale

Questa delega, se non revocata, ha durata illimitata.

data _____

Firma _____

Io sottoscritto _____ funzionario incaricato presso la sede di _____ qualifica _____ attesto che questa delega è stata sottoscritta in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra _____ da me identificata in base _____

Io sottoscritto _____ funzionario incaricato presso la sede di _____ qualifica _____ attesto che questa delega è stata resa in mia presenza dal/dalla sig./sig.ra _____, **impedita a sottoscrivere**, identificata in base _____

data _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO _____