

5. Domanda per l'accertamento dell'invalidità di soggetti maggiorenni (Mod. A)

Domanda di invalidità civile

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 al/ai riconoscimento/i richiesto/i).

Invalide 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 invalide 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).

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

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.

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 Ciro il Grande, 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.

Fonte: www.inps.it/Modulistica