

7. Modulo di autocertificazione relativo ai requisiti socio-economici

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

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

Dati personali

COGNOME NOME

SECONDO COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

In caso di minorenni, interdetto, inabilitato:

Dati del rappresentante legale

In qualità di genitore tutore amministratore di sostegno curatore

COGNOME NOME

Dichiara di essere:

Dichiara che il richiedente - Cognome _____ Nome _____ è

Residente a _____ Via/piazza _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ prov. _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

coniugato / a con _____ nato / a il (gg/mm/aaaa) _____

a _____ codice fiscale _____

vedovo / a celibe / nubile separato / a divorziato / a

cittadino italiano

cittadino della Repubblica di S. Marino

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

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

cittadino extracomunitario in possesso di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

apolide in possesso di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

rifugiato politico titolare di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno CEE per soggiornanti di lungo periodo

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

beneficiario di protezione sussidiaria titolare di permesso di soggiorno

(Presentare la certificazione in originale alla sede INPS / Ente concessore competente)

Quadro A (da compilare se il richiedente è riconosciuto invalido civile con accompagnamento, cieco assoluto, minore con indennità di frequenza ovvero di accompagnamento)

● **Per invalidi con accompagnamento e ciechi assoluti, minori con indennità di frequenza ovvero di accompagnamento**

Il sottoscritto dichiara che nel periodo dalla data della domanda ad oggi:

- non è stato ricoverato è stato ricoverato

presso: _____

- a titolo gratuito
 a totali spese proprie
 a spese proprie con contributo di ente pubblico
 per ricoveri ordinari/riabilitativi in reparti di lunga degenza

nei periodi: dal _____ al _____ - dal _____ al _____

Dichiara inoltre che attualmente:

- non è ricoverato è ricoverato

presso: _____

- a titolo gratuito
 a totali spese proprie
 a spese proprie con contributo di ente pubblico
 per ricoveri ordinari/riabilitativi in reparti di lunga degenza;

● **Per invalidi con indennità di accompagnamento, ciechi assoluti e ciechi parziali**

Il sottoscritto dichiara altresì di:

- non essere di essere titolare di altra indennità di accompagnamento
 per causa di lavoro/servizio (**presentare alla sede INPS / Ente concessore copia della documentazione relativa alla prestazione in godimento**)
 per causa di guerra (**presentare alla sede INPS / Ente concessore copia della documentazione relativa alla prestazione in godimento**)

Il sottoscritto dichiara inoltre che nel periodo dalla data della domanda ad oggi:

- non ha fruito ha fruito del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4
 non fruisce fruisce del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4

● **Per invalidi con indennità di frequenza**

Il sottoscritto dichiara altresì di: (*opzione per incompatibilità con altre indennità*)

- non essere titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile
 essere titolare di altra/e prestazione/i di indennità erogata a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per l'indennità/le indennità di cui è già titolare
 l'indennità di frequenza

data _____

Firma _____

