

## 6. Domanda per l'accertamento dell'invalidità di soggetti minorenni o inabilitati o interdetti (Mod. B)

### Domanda di invalidità civile

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).

**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  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 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 \_\_\_\_\_

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)**  
 Lunedì     mattina     pomeriggio     Martedì     mattina     pomeriggio  
 Mercoledì     mattina     pomeriggio     Giovedì     mattina     pomeriggio  
 Venerdì     mattina     pomeriggio     Sabato     mattina     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 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.*