

## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 1/15

### ● Quadro dati del titolare della prestazione e del/i rappresentante/i legale/i

COGNOME		NOME			
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA			
A		PROV.		STATO	
TELEFONO		CELLULARE			
E-MAIL		PEC			

Per il minorenni le dichiarazioni devono essere rese dai genitori. In caso di separazione/divorzio con affidamento esclusivo le dichiarazioni sono rese dal genitore affidatario. Per l'interdetto e l'inabilitato le dichiarazioni vanno rese o dal tutore o dal curatore.

### ● Dati del/i rappresentante/i legale/i

Io sottoscritto in qualità di:

- genitore dichiarante**  **genitore unico**  
*(facoltativa la compilazione del campo relativo all'altro genitore)*
- genitore affidatario**  **tutore**  **amministratore di sostegno**  **curatore**  
*(nel caso venga selezionata una di queste 4 caselle è obbligatoria la compilazione del campo sottostante di nomina)*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Con decreto di nomina del tribunale di \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ *(in caso di genitore affidatario non far compilare il quadro E)*

### ● Dati dell'altro genitore

- Stessa residenza del genitore dichiarante  
 Altra residenza  
*(in questo caso è necessario indicare in fondo alla pagina l'indirizzo a cui si desidera ricevere le eventuali comunicazioni)*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

L'indirizzo di residenza per la ricezione di eventuali comunicazioni cartacee è quello del:

- genitore dichiarante  altro genitore



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 2/15

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

● **Dichiaro di essere/dichiara che il titolare della prestazione è:**

**(residenza)**

Residente stabilmente in Italia nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**(stato civile)**

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

Nome coniuge \_\_\_\_\_ Cognome coniuge \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**(cittadinanza)**

cittadino italiano

cittadino della Repubblica di S. Marino

cittadino U.E. residente in Italia dal \_\_\_\_\_, iscritto nell'anagrafe del Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Per i soggetti che rientrano in una delle seguenti categorie, è possibile allegare nella trasmissione telematica finale dei dati il permesso di soggiorno /carta di soggiorno attestante il possesso e la data di scadenza.

cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno/carta di soggiorno/permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo rilasciato dall'Ufficio Immigrazione della Questura di \_\_\_\_\_ validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

apolide in possesso di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo rilasciato dall'Ufficio Immigrazione della Questura di \_\_\_\_\_ validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

rifugiato politico titolare di permesso di soggiorno / carta di soggiorno / permesso di soggiorno soggiornanti di lungo periodo rilasciato dall'Ufficio Immigrazione della Questura di \_\_\_\_\_ validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

beneficiario di protezione sussidiaria titolare di permesso di soggiorno rilasciato dall'Ufficio Immigrazione della Questura di \_\_\_\_\_ validità dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno di durata di almeno un anno (art. 41 T.U. Immigrazione). scadenza il \_\_\_\_\_ .



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 3/15

### Quadro A

Compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza, indennità di accompagnamento quale invalido civile e pensione non reversibile quale cieco assoluto.

#### ● Dichiarazione di responsabilità relativa allo stato di ricovero

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
  - NON sono/è stato ricoverato       sono/è stato ricoverato nei periodi:

1) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- a titolo gratuito     a totali spese proprie     a spese proprie con contributo di ente pubblico
- a titolo gratuito con contributo proprio al fine di ottenere un trattamento migliore rispetto a quello base

2) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- a titolo gratuito     a totali spese proprie     a spese proprie con contributo di ente pubblico
- a titolo gratuito con contributo proprio al fine di ottenere un trattamento migliore rispetto a quello base

Da compilare in caso di riconoscimento di indennità di accompagnamento quale invalido civile e/o quale cieco assoluto

#### ● Dichiarazione di responsabilità relativa alla titolarità di analoga prestazione

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
  - non sono/è titolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento per causa di guerra, di lavoro o di servizio
  - sono/è titolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento
    - per causa di guerra erogata da \_\_\_\_\_
    - per causa di lavoro o di servizio erogata da \_\_\_\_\_
    - e di **optare** per la prestazione erogata da \_\_\_\_\_

Compilare in caso di riconoscimento di indennità di accompagnamento quale cieco assoluto e cieco parziale.

#### ● Dichiarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento ex art 40, comma 4 L. 289/2002

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
  - In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
    - NON ho/ ha fruito del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4
    - ho/ha fruito del servizio di accompagnamento legge 289/2002, art. 40, comma 4
- dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Compilare in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso di riconoscimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare dell'indennità di frequenza.

#### ● Dichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità

- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il minore:
- NON è titolare di altre prestazioni d'indennità erogate a titolo d'invalidità civile, cecità civile, sordità civile
  - è titolare della/delle prestazione/i d'indennità erogate a titolo di
    - indennità quale invalido civile     indennità quale sordo     indennità quale cieco civile
- e di voler optare per:  l'indennità/le indennità di cui è già titolare     l'indennità di frequenza



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 4/15

### Quadro B Compilare in caso di riconoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74%)

#### ● Dichiarazione sostitutiva ex art. 1 comma 35 L. 24/12/2007 n. 247 relativa allo svolgimento di attività lavorativa

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
  - NON svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa
  - svolgo/e attività lavorativa dal \_\_\_\_\_ con un reddito imponibile pari a € \_\_\_\_\_
  - sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (*Cooperative sociali e convenzioni – quadro*) dal \_\_\_\_\_ con un reddito imponibile pari a € \_\_\_\_\_
  - ho/ha svolto attività lavorativa dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un reddito imponibile pari a € \_\_\_\_\_
  - sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (*Cooperative sociali e convenzioni – quadro*) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con un reddito imponibile pari a € \_\_\_\_\_

#### Dichiarazione di Opzione

- Dichiaro sotto la mia responsabilità che:
- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
  - NON sono/è titolare di altre prestazioni erogate a titolo di invalidità
  - sono/è titolare della seguente prestazione di invalidità \_\_\_\_\_ erogata da \_\_\_\_\_ e di voler optare per la prestazione economica erogata da \_\_\_\_\_

### Quadro B1 compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza ai minori di età compresa tra i 5/6 anni e i 15/16 anni che frequentino scuole pubbliche o private che impartiscono l'istruzione obbligatoria

#### ● Dichiarazione di frequenza

In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano, che il minore:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_,

1) è iscritto nell'anno scolastico 20\_\_ /20\_\_ alla classe:

- |   |                         |                          |                           |                          |                         |
|---|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> Scuola primaria dell'obbligo  | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II | <input type="radio"/> III | <input type="radio"/> IV | <input type="radio"/> V |
| <input type="radio"/> Scuola secondaria di I grado  | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II | <input type="radio"/> III |                          |                         |
| <input type="radio"/> Scuola secondaria di II grado | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II |                           |                          |                         |

#### presso l'Istituto

Denominazione struttura \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Cod. Meccanografico \_\_\_\_\_

2) e che, dalla data della domanda ad oggi, è stato iscritto alla classe/alle classi

- |   |                         |                          |                           |                          |                         |
|---|-------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> Scuola primaria dell'obbligo  | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II | <input type="radio"/> III | <input type="radio"/> IV | <input type="radio"/> V |
| <input type="radio"/> Scuola secondaria di I grado  | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II | <input type="radio"/> III |                          |                         |
| <input type="radio"/> Scuola secondaria di II grado | <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> II |                           |                          |                         |

#### presso l'Istituto

Denominazione struttura \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Cod. Meccanografico \_\_\_\_\_

**N.B. Per tutta la durata dell'obbligo formativo scolastico non deve essere più presentata alcuna istanza di rinnovo annuale. È obbligatorio comunicare l'eventuale interruzione della frequenza ai suddetti corsi scolastici nonché eventuali variazioni di Istituto scolastico.**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 5/15

### Quadro B2

compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza ai minori che frequentano asili nido, scuole materne, scuole secondarie di II grado oltre il periodo di obbligo formativo, centri di formazione o addestramento finalizzato al reinserimento, centri specializzati nel trattamento terapeutico o di riabilitazione pubblici o privati in regime convenzionale.

#### ● Dichiarazione di frequenza

In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano, che il minore:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

##### 1) frequenta regolarmente

- asilo nido  pubblico  privato convenzionato  privato

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- scuola dell'infanzia  pubblica  privata convenzionata  privata

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- scuola secondaria di II grado  III classe  IV classe  V classe

pubblica  privata convenzionata  privata

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- Centro di Formazione o di addestramento professionale finalizzato al reinserimento sociale

pubblico  privato convenzionato  privato

Titolo del corso \_\_\_\_\_

Finalità del corso \_\_\_\_\_

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Frequenza al corso  settimanale Indicare quante volte alla settimana \_\_\_\_\_

mensile Indicare quanti giorni al mese \_\_\_\_\_

- Centro ambulatoriale o centro diurno, anche di tipo semi-residenziale, purché operante in regime convenzionale specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap

pubblico  privato convenzionato

Finalità del corso \_\_\_\_\_

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Frequenza al corso  settimanale Indicare quante volte alla settimana \_\_\_\_\_

mensile Indicare quanti giorni al mese \_\_\_\_\_

Denominazione struttura \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Cod. Meccanografico \_\_\_\_\_

**N.B. In caso di frequenza di una struttura privata è obbligatorio allegare nella trasmissione telematica finale dei dati la certificazione di frequenza rilasciata dalla scuola o dal centro, con l'indicazione della durata e della frequenza prevista per il corso e dell'effettiva frequenza da parte del titolare della prestazione.**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 6/15

2) ha frequentato regolarmente, dalla data della domanda ad oggi

- asilo nido  pubblico  privato convenzionato  privato

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- scuola dell'infanzia  pubblica  privata convenzionata  privata

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- scuola secondaria di II grado  III classe  IV classe  V classe

- pubblica  privata convenzionata  privata

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

- Centro di Formazione o di addestramento professionale finalizzato al reinserimento sociale

- pubblico  privato convenzionato  privato

Titolo del corso \_\_\_\_\_

Finalità del corso \_\_\_\_\_

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Frequenza al corso  settimanale Indicare quante volte alla settimana \_\_\_\_\_

mensile Indicare quanti giorni al mese \_\_\_\_\_

- Centro ambulatoriale o centro diurno, anche di tipo semi-residenziale, purché operante in regime convenzionale specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap

- pubblico  privato convenzionato

Finalità del corso \_\_\_\_\_

Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ al (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Frequenza al corso  settimanale Indicare quante volte alla settimana \_\_\_\_\_

mensile Indicare quanti giorni al mese \_\_\_\_\_

Denominazione struttura \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

sede legale \_\_\_\_\_ CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Cod. Meccanografico \_\_\_\_\_

**N.B. In caso di frequenza di una struttura privata è obbligatorio allegare nella trasmissione telematica finale dei dati la certificazione di frequenza rilasciata dalla scuola o dal centro, con l'indicazione della durata e della frequenza prevista per il corso e dell'effettiva frequenza da parte del titolare della prestazione.**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 7/15

### Quadro D

Compilare per ognuno degli anni per i quali è riconosciuto il diritto alla prestazione in caso di riconoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74% al 99%), invalidità totale (100%), indennità di frequenza, pensione non reversibile quale cieco civile (soggetto maggiorenne), pensione non reversibile quale sordo.

#### ● Dichiarazione dei redditi

- Dichiaro sotto la mia responsabilità:
- In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:
  - non possiedo/e redditi oltre alle pensioni erogate dall'Inps e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati e non sono/è titolare di pensioni/rendite estere
  - possiedo/e altri redditi, oltre alle pensioni erogate dall'Inps e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati e/o sono/è titolare di pensioni rendite estere come di seguito specificato

**NB. Indicare i redditi al lordo dell'IRPEF, delle deduzioni e detrazioni fiscali a partire dall'anno di decorrenza della prestazione.**

Tipologia dei redditi 1/2	Titolare		
	Anno .....	Anno .....	Anno .....
1 Redditi di lavoro dipendente e assimilati, compresa Cassa integrazione guadagni, indennità di mobilità, indennità di disoccupazione,			
2 Arretrati di lavoro dipendente ed assimilati riferiti ad anni precedenti a quello nel quale vengono percepiti , soggetti a tassazione			
3 Redditi di lavoro autonomo, professionale, e d'impresa dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	.....	.....	.....
8a Pensioni dirette erogate da Stati esteri			
8b Pensioni ai superstiti erogate da Stati esteri			
9 Arretrati riferiti ad anni precedenti relativi a pensioni erogate da Stati esteri			
14 Interessi bancari, postali, dei BOT, dei CCT e dei titoli di Stato, proventi di quote di investimento, ecc.			
15 Redditi di partecipazione in società e imprese			
16 Trattamenti di fine rapporto (TFR, buonuscita, liquidazione, ecc.)			
17 Arretrati di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti (C.I.G.)			
18 Redditi della casa di abitazione (senza considerare la deduzione fiscale)			
19 Redditi di terreni e fabbricati (esclusa la casa di abitazione)			
20 Altri redditi assoggettabili all'IRPEF (compresi i redditi di capitale, ecc.)			
21 Rendite vitalizie o a tempo determinato costituite a titolo oneroso (ad esempio con compagnie di assicurazione)			
26 Assegno vitalizio combattenti guerra 1915-1918			
27 Altri redditi non assoggettabili all'IRPEF			
28 Prestazioni assistenziali in danaro erogate dallo Stato o altri Enti pubblici o Stati esteri (escluse le indennità di accompagnamento per invalidi civili, le indennità previste per i ciechi parziali e l'indennità di comunicazione per i sordomuti)			
29 Ammontare dell'IRPEF pagata nell'anno			



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 8/15

Tipologia dei redditi 2/2	Titolare		
	Anno .....	Anno .....	Anno .....
<b>30</b> Redditi di lavoro dipendente prestato all'estero dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al .....	.....	.....	.....
<b>31</b> Arretrati di lavoro dipendente prestato all'estero			
<b>32</b> Rendite erogate ai minatori del Belgio			
<b>33</b> Quote di pensione trattenute dal datore di lavoro			
<b>34</b> Assegno di mantenimento corrisposto dal coniuge separato			
<b>35</b> Reddito dei soggetti iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 335/1995 dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al .....	.....	.....	.....
<b>36</b> Lavoro autonomo - estero			
<b>37</b> Terreni e fabbricati - estero			
<b>38</b> Altri redditi (capitali) - estero			
<b>39</b> Rendite vitalizie o a tempo determinato cost. a titolo oneroso - estero			
<b>40</b> Prestazioni assistenziali - estero.			

**● Dichiaro/a che**

**il/la coniuge:**

Nome ..... Cognome .....

Codice fiscale .....

- non possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'Inps e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati e non è titolare di pensioni/rendite estere;
- possiede altri redditi, oltre alle pensioni erogate dall'Inps e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, e/o è titolare di pensioni/rendite estere come di seguito specificato.

**NB indicare i redditi al lordo dell'IRPEF, delle deduzioni e detrazioni fiscali a partire dall'anno di decorrenza della prestazione.**





## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 9/15

Tipologia dei redditi	Coniuge		
	Anno .....	Anno .....	Anno .....
<b>1</b> Redditi di lavoro dipendente e assimilati, compresa Cassa integrazione guadagni, indennità di mobilità, indennità di disoccupazione,			
<b>2</b> Arretrati di lavoro dipendente ed assimilati riferiti ad anni precedenti a quello nel quale vengono percepiti , soggetti a tassazione			
<b>3</b> Redditi di lavoro autonomo, professionale, e d'impresa dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al .....	.....	.....	.....
<b>8a</b> Pensioni dirette erogate da Stati esteri			
<b>8b</b> Pensioni ai superstiti erogate da Stati esteri			
<b>9</b> Arretrati riferiti ad anni precedenti relativi a pensioni erogate da Stati esteri			
<b>14</b> Interessi bancari, postali, dei BOT, dei CCT e dei titoli di Stato, proventi di quote di investimento, ecc.			
<b>15</b> Redditi di partecipazione in società e imprese			
<b>16</b> Trattamenti di fine rapporto (TFR, buonuscita, liquidazione, ecc.)			
<b>17</b> Arretrati di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti (C.I.G.)			
<b>18</b> Redditi della casa di abitazione (senza considerare la deduzione fiscale)			
<b>19</b> Redditi di terreni e fabbricati (esclusa la casa di abitazione)			
<b>20</b> Altri redditi assoggettabili all'IRPEF (compresi i redditi di capitale, ecc.)			
<b>21</b> Rendite vitalizie o a tempo determinato costituite a titolo oneroso (ad esempio con compagnie di assicurazione)			
<b>26</b> Assegno vitalizio combattenti guerra 1915-1918			
<b>27</b> Altri redditi non assoggettabili all'IRPEF			
<b>28</b> Prestazioni assistenziali in danaro erogate dallo Stato o altri Enti pubblici o Stati esteri (escluse le indennità di accompagnamento per invalidi civili, le indennità previste per i ciechi parziali e l'indennità di comunicazione per i sordomuti)			
<b>29</b> Ammontare dell'IRPEF pagata nell'anno			
<b>30</b> Redditi di lavoro dipendente prestato all'estero dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al .....	.....	.....	.....
<b>31</b> Arretrati di lavoro dipendente prestato all'estero			
<b>32</b> Rendite erogate ai minatori del Belgio			
<b>33</b> Quote di pensione trattenute dal datore di lavoro			
<b>34</b> Assegno di mantenimento corrisposto dal coniuge separato			
<b>35</b> Reddito dei soggetti iscritti alla gestione separata dei lavoratori autonomi di cui all'articolo 2, comma 26, della legge 335/1995 dal ..... al ..... dal ..... al ..... dal ..... al .....	.....	.....	.....
<b>36</b> Lavoro autonomo - estero			
<b>37</b> Terreni e fabbricati - estero			
<b>38</b> Altri redditi (capitali) - estero			
<b>39</b> Rendite vitalizie o a tempo determinato cost. a titolo oneroso - estero			
<b>40</b> Prestazioni assistenziali - estero.			



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 10/15

### Quadro E (consenso riscossione altro genitore)

Compilare a cura dei genitori del minore richiedente la prestazione nel caso di consenso alla riscossione da parte di un genitore nei confronti dell'altro

#### ● Autorizzazione alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

(Compilare nel caso di autorizzazione alla riscossione da parte del genitore dichiarante nei confronti dell'altro. L'autorizzazione produrrà i suoi effetti nel solo caso di riscossione in contanti. L'autorizzazione non è ammessa qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o su conto corrente/libretto postale)

Il / La sottoscritto/a Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail/P.E.C. \_\_\_\_\_

consente che le provvidenze economiche del minore:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ n. domus \_\_\_\_\_

vengano corrisposte all'altro genitore:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

CF/P.IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail/P.E.C. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

#### ● Autenticazione della sottoscrizione

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario Inps, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000)

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Funzionario incaricato \_\_\_\_\_

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ data scadenza (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

e dal Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ data scadenza (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Firma del funzionario \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato, autenticato le firme e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 11/15

### Quadro F1

#### ● Modalità di pagamento della pensione presso l'Ufficio Postale

*(In caso di titolarità di altre prestazioni già erogate dall'Inps i pagamenti saranno unificati ed effettuati presso lo stesso ufficio pagatore e con la stessa modalità)*

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(dichiarante maggiorenne)

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(genitore dichiarante o genitore unico o rappresentante legale)

Chiede che l'importo della prestazione economica sia corrisposto presso

UFFICIO POSTALE DI   N.

INDIRIZZO

CAP   CITTÀ

CODICE ABI   CODICE CAB/ FRAZIONARIO

*(I codici ABI e CAB / Frazionario sono forniti dall'ufficio postale)*

Per i minori titolari di prestazione scegliere tra le modalità 1 o 2

1 in contanti presso lo sportello *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

2 sul libretto nominativo ordinario intestato al minore n. \_\_\_\_\_

3 sul conto corrente postale  CODICE IBAN

4 sul libretto di risparmio nominativo n. \_\_\_\_\_

5 su carta prepagata dotata di codice IBAN \_\_\_\_\_

6 su Inps card n. \_\_\_\_\_

Se si sceglie conto corrente o libretto, deve essere obbligatoria la scelta di una delle seguenti dichiarazioni:

#### ● Dichiaro che:

- Il conto corrente / libretto è intestato al solo titolare della prestazione
- Il conto corrente / libretto è cointestato



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 12/15

### Quadro F2

#### ● Modalità di pagamento della prestazione presso la Banca

*(In caso di titolarità di altre prestazioni già erogate dall'Inps i pagamenti saranno unificati ed effettuati presso lo stesso ufficio pagatore e con la stessa modalità)*

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*(dichiarante maggiorenne)*

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*(genitore dichiarante o genitore unico o rappresentante legale)*

chiede che l'importo della prestazione economica sia corrisposto presso Banca

<input type="radio"/> BANCA	<input type="text"/>	<input type="radio"/> AGENZIA	<input type="text"/>
<input type="radio"/> INDIRIZZO	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> CAP	<input type="text"/>	<input type="radio"/> CITTÀ	<input type="text"/>
<input type="radio"/> CODICE ABI	<input type="text"/>	<input type="radio"/> CODICE CAB	<input type="text"/>

*(I codici ABI e CAB sono forniti dalla banca)*

*Per i minori titolari di prestazione scegliere tra le modalità 1, 2 o 3*

1 in contanti presso lo sportello *(il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)*

2 sul conto corrente bancario *(per i minori "Conto corrente intestato al minore")*

CODICE IBAN

3 sul libretto di risparmio nominativo n. \_\_\_\_\_

4 sul libretto di deposito a risparmio nominativo n. \_\_\_\_\_

5 su carta prepagata dotata di codice IBAN \_\_\_\_\_

Se si sceglie conto corrente o libretto, deve essere obbligatoria la scelta di una delle seguenti dichiarazioni:

#### ● Dichiaro che:

- Il conto corrente / libretto è intestato al solo titolare della prestazione
- Il conto corrente / libretto è cointestato



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 13/15

### Quadro G (delega riscossione terzi)

**● Delega alla riscossione di benefici economici da parte di terzi ex art. 21, comma 2 DPR 445/2000**

*(In caso di riscossione di una o più pensioni tramite delega deve essere indicata come delegata la stessa persona. La delega produrrà i suoi effetti nel solo caso di riscossione in contanti. Pertanto, non è ammessa qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o su conto corrente/libretto postale)*

**Io sottoscritto**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ n. domus \_\_\_\_\_

**delego**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail / P.E.C. \_\_\_\_\_

a riscuotere per mio conto, la prestazione economica a me spettante esonerando l'Inps e l'ufficio pagatore da ogni responsabilità.

data \_\_\_\_\_

Firma del delegante \_\_\_\_\_

**● Autenticazione della sottoscrizione**

*(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario INPS, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Funzionario incaricato \_\_\_\_\_

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ data scadenza (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

e dal Sig/Sig.ra. \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ data scadenza (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Firma del funzionario \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato dal delegante autenticata la firma e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 14/15

### Quadro H (delega riscossione Associazioni)

#### ● Autorizzazione alla riscossione dei contributi associativi in favore delle Associazioni

##### Io sottoscritto

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ n. domus \_\_\_\_\_

##### autorizzo

l'Inps, in conformità a quanto previsto dalla convenzione di cui alla legge 21 ottobre 1978 n. 641 art. 1 *undecies* e dal D.L.vo 31 marzo 1998, art 130, alla riscossione dei contributi associativi in favore di:

ANMIC       UIC       ENS

In merito all'impegno assunto dichiarato di essere consapevole che:

- La presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca esplicitamente formulata e indirizzata all'Associazione e/o alla Sede dell'Inps che ha in carico la prestazione;
- L'importo e la mensilità del contributo è stabilita dall'Associazione su indicata a cui riconosco la facoltà di modificare negli anni successivi la misura del contributo e in tal caso la presente delega si intende rinnovata a condizione che la relativa decisione venga portata a mia conoscenza entro il 30 giugno dell'anno precedente a quello di decorrenza della nuova misura.

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Timbro dell'Associazione e firma del responsabile \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato dall'interessato e dal responsabile dell'Associazione, e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 15/15

### Assunzione di responsabilità

Il sottoscritto si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto ha compilato i seguenti quadri:

A     B     B1     B2     D     E     F1     F2     G     H

Il sottoscritto 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, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente foglio deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.**

## Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "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 in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.



● **Modulo da utilizzare in caso di impedimento alla firma da parte del titolare la prestazione**

*L'autenticazione della firma può essere effettuata dai soggetti previsti dall'articolo 21, comma 2 del DPR 445/2000 (funzionario Inps, notaio, cancelliere, segretario comunale o funzionario incaricato dal sindaco), utilizzando il presente modulo. Qualora si compili un modulo differente è necessario che contenga le medesime informazioni.*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ Funzionario incaricato \_\_\_\_\_

**Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione**

Sig/Sig.ra Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Impossibilitato a firmare

poiché impedito per cause di natura fisica

poiché incapace di scrivere

Impossibilitato a firmare per impedimento temporaneo alla dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute  
(D.P.R. 445/2000 art. 4 comma 2)

**compilata e sottoscritta dal**

Sig/Sig.ra Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

*(indicare la parentela: esempio coniuge, figlio/a o altro parente entro il terzo grado)*

Identificato/a mediante documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Firma del parente dichiarante \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma del funzionario \_\_\_\_\_

**N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica dei dati.**