

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 Rappresentante legale

● Dati Titolare lo sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE			
NATO/A IL GG/MM/AAAA		A	PROV
STATO			
TELEFONO*		CELLULARE*	
EMAIL*		PEC*	

* Dati facoltativi

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

● Dati Rappresentante legale lo sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
 codice fiscale _____ residente a _____ prov. _____
 Via/piazza _____ numero _____ cap _____ Tel. _____
 cell. _____ PEC _____ email _____

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)

con Decreto di nomina del Tribunale di _____ sezione _____ numero _____
 del _____ dal _____ al _____ (in caso di genitore affidatario non compilare il quadro E)

● Dati altro genitore

Cognome _____ Nome _____
 codice fiscale _____ residente a _____ prov. _____
 Via/piazza _____ numero _____ cap _____ Tel. _____
 cell. _____ PEC _____ email _____

- ☐ stessa residenza del genitore dichiarante
☐ altra residenza

(in questo caso è necessario indicare l'indirizzo a cui si desidera ricevere le eventuali comunicazioni)

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

● Dichiaro:

☐ di essere, in qualità di titolare della prestazione ☐ che il titolare della prestazione è

(residenza)

Residente stabilmente in Italia nel Comune di _____ prov. _____

Via/piazza _____ numero _____ cap _____

(stato civile)

☐ celibe/nubile ☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ separato/a legalmente ☐ divorziato/a
☐ abbandonato/a ☐ unito/a civilmente ☐ sciolto/a da unione civile ☐ parte superstite dell'unione civile

● Dati coniuge o parte dell'unione civile

Cognome _____ Nome _____

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 o carta di soggiorno attestante il possesso e la data di scadenza.

- ☐ cittadino extracomunitario titolare di permesso di soggiorno o carta di soggiorno o 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 o carta di soggiorno o 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 o carta di soggiorno o 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 (articolo 41 Testo Unico 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/non è stato ricoverato

☐ sono/è stato ricoverato nei periodi

1) dal al presso nel Comune di

..... prov. Via/piazza numero cap

☐ a titolo gratuito

☐ a totali spese proprie

☐ a spese proprie con contributo di ente pubblico

☐ 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 numero cap

☐ a titolo gratuito

☐ a totali spese proprie

☐ a spese proprie con contributo di ente pubblico

☐ 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/non 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 articolo 40, comma 4 della legge 289 del 2002

☐ Dichiaro sotto la mia responsabilità che:

☐ In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:

☐ non ho/non ha fruito del servizio di accompagnamento articolo 40, comma 4 della legge 289 del 2002

☐ ho/ha fruito del servizio di accompagnamento articolo 40, comma 4 della legge 289 del 2002

dal al dal al

Compilare in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso 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 articolo 1, comma 35 della legge 247 del 2007 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/non ha mai svolto alcuna attività lavorativa
 - ☐ svolgo/e attività lavorativa dal _____ con un reddito imponibile pari a € _____
 - ☐ sono/è occupato ex legge 68 del 1999 e decreto legislativo 276 del 2003 (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 legge 68 del 1999 e decreto legislativo 276 del 2003 (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/non 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:

Cognome _____ Nome _____

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

- | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ☐ Scuola primaria dell'obbligo | ☐ I | ☐ II | ☐ III | ☐ IV | ☐ V |
| ☐ Scuola secondaria di I grado | ☐ I | ☐ II | ☐ III | | |
| ☐ Scuola secondaria di II grado | ☐ I | ☐ II | | | |

presso l'Istituto

Denominazione struttura _____ Via/piazza _____

numero _____ cap _____ Comune _____ Provincia _____ Tel. _____

cell. _____ PEC _____ email _____

sede legale _____ CF/P.IVA _____

Cod. Meccanografico _____

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

- | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| ☐ Scuola primaria dell'obbligo | ☐ I | ☐ II | ☐ III | ☐ IV | ☐ V |
| ☐ Scuola secondaria di I grado | ☐ I | ☐ II | ☐ III | | |
| ☐ Scuola secondaria di II grado | ☐ I | ☐ II | | | |

presso l'Istituto

Denominazione struttura _____ Via/piazza _____

numero _____ cap _____ Comune _____ Provincia _____ Tel. _____

cell. _____ PEC _____ email _____

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:

Cognome _____ Nome _____

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 ☐ mensile
Indicare quante volte alla settimana ___
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 ☐ mensile
Indicare quante volte alla settimana ___
Indicare quanti giorni al mese ___

Denominazione struttura _____ Via/piazza _____

numero _____ cap _____ Comune _____ Provincia _____ Tel. _____

cell. _____ PEC _____ email _____

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 _____

numero _____ cap _____ Comune _____ Provincia _____ Tel. _____

cell. _____ PEC _____ email _____

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

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

● **Dichiaro** che il coniuge o la parte dell'unione civile:

Cognome _____ Nome _____

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.

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

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

Tel. _____ cell. _____ email/PEC _____

consente che le provvidenze economiche del minore:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____ numero domus _____

vengano corrisposte all'altro genitore:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale _____

Tel. _____ cell. _____ email/PEC _____

Data _____ Firma di entrambi i genitori _____

SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE

● 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 (articolo 21, comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000))

Io sottoscritto/a _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ numero _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ numero _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Luogo _____ Data _____ Firma del funzionario _____

N.B.: Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato, autenticare 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)

- ☐ lo sottoscritto/a _____
(dichiarante maggiorenne)
- ☐ lo sottoscritto/a _____
(genitore dichiarante o genitore unico o rappresentante legale)

● Chiedo che l'importo della prestazione economica sia corrisposto presso

UFFICIO POSTALE DI	<input type="text"/>	NUMERO	<input type="text"/>
INDIRIZZO	<input type="text"/>		
CAP	<input type="text"/>	CITTÀ	<input type="text"/>
CODICE ABI	<input type="text"/>	CODICE CAB/ FRAZIONARIO	<input type="text"/>

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

Per i minori titolari di prestazione scegliere tra le prime due modalità

- ☐ in contanti presso lo sportello (il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- ☐ sul libretto nominativo ordinario intestato al minore numero _____
- ☐ sul conto corrente postale **CODICE IBAN**
- ☐ sul libretto di risparmio nominativo numero _____
- ☐ su carta prepagata dotata di codice IBAN _____
- ☐ su INPS card numero _____

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 pensione 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)

- ☐ lo sottoscritto/a _____
(dichiarante maggiorenne)
- ☐ lo sottoscritto/a _____
(genitore dichiarante o genitore unico o rappresentante legale)

● Chiedo che l'importo della prestazione economica sia corrisposto presso la Banca

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

(I codici ABI e CAB sono forniti dalla banca)

Per i minori titolari di prestazione scegliere tra le prime tre modalità

- ☐ in contanti presso lo sportello (il pagamento in contanti è consentito solo entro il limite previsto dalla normativa vigente)
- ☐ sul conto corrente bancario (per i minori "Conto corrente intestato al minore")

CODICE IBAN

- ☐ sul libretto di risparmio nominativo numero _____
- ☐ sul libretto di deposito a risparmio nominativo numero _____
- ☐ su carta prepagata dotata di codice IBAN _____

Nel caso di richiesta di accredito su IBAN Area SEPA (extra Italia), il beneficiario della prestazione è tenuto ad allegare il modulo di identificazione finanziaria MV70, disponibile sul sito dell'INPS, se non già prodotto all'Istituto in occasione di precedenti richieste di pagamento.

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 articolo 21, comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 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/a

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ numero domus _____

Delego

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ Nato/a il _____ a _____
Prov. _____ Stato _____ Cittadinanza _____
Residente in _____ Prov. _____ Stato _____
Indirizzo _____ cap _____
telefono _____ cellulare _____ email _____
PEC _____

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 _____

SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE

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 (articolo 21, comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000))

Io sottoscritto/a _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ numero _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ numero _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Luogo _____ 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/a

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ numero domus _____

Autorizzo

L'INPS, in conformità a quanto previsto dalla convenzione di cui alla legge 641 del 1978, articolo 1 undecies e dal Decreto legislativo 31 marzo 1998, articolo 130, alla riscossione dei contributi associativi in favore di:

☐ ANMIC ☐ UIC ☐ ENS

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

a) 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;

b) 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 _____ 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.

● Allego copia di un mio documento di riconoscimento in corso di validità.

● Dichiarazione di responsabilità

Mi impegno a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

● Io sottoscritto ho compilato i seguenti quadri:

☐ A ☐ B ☐ B1 ☐ B2 ☐ D ☐ E ☐ F1 ☐ F2 ☐ G ☐ H

● Sono 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.

Data _____ Firma _____

N.B.: Il presente foglio deve essere stampato, firmato 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

SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE

● 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 Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 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/a Funzionario incaricato

Ricevo la dichiarazione del titolare della prestazione

Sig/Sig.ra Cognome Nome

Codice fiscale

Identificato/a mediante documento di riconoscimento numero

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 (articolo 4, comma 2 del Decreto del Presidente della Repubblica 445 del 2000)

compilata e sottoscritta dal

Sig/Sig.ra Cognome Nome

Codice fiscale grado di parentela

Identificato/a mediante documento di riconoscimento numero

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.

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'INPS, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli articoli 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito, "Regolamento UE"), sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 196 del 2003, e successive modifiche ed integrazioni, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge. Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli articoli da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. I suoi dati personali potranno essere diffusi esclusivamente se ciò sia previsto dalla base giuridica per cui si procede e, in linea con tale requisito, è altresì ammessa la comunicazione di selezionati dati oggetto di trattamento dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati; si tratta di autonomi Titolari del trattamento, che possono operare nei limiti strettamente necessari per la sola finalità per cui si è operata la comunicazione. Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'INPS, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'INPS nel garantire il rispetto del Regolamento UE (articolo 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi. Nei casi previsti, lei ha il diritto di opporsi al trattamento o ad ottenere dall'INPS, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento: l'esercizio dei diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Regolamento UE può essere effettuato presentando apposita richiesta all'INPS, tramite il Responsabile della protezione dei dati, all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciriaco De Mita, 21, 00144, Roma, oppure all'indirizzo di posta elettronica certificata, reperibile sul sito istituzionale alla voce "Ufficio per le attività del Responsabile della protezione dei dati". Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'INPS in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (articolo 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (articolo 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperite sul sito dell'INPS, "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito del Garante per la protezione dei dati personali.