

DOCUMENTI DA PORTARE IL GIORNO DELLA PRENOTAZIONE**INVALIDITA' CIVILE - LEGGE 104 - LEGGE 68**

(ed. 02/09/2024)

Prima istanza o Aggravamento

- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' RICHIEDENTE E CODICE FISCALE
- **FOTOCOPIA CERTIFICATO MEDICO TELEMATICO PER INVALIDITA' CIVILE IN CORSO DI VALIDITA'** (validità 90 giorni)
- **RICEVUTA DEL MEDICO DI FAMIGLIA DI INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALL'INPS** (se effettuata)
- **FOTOCOPIA** PERMESSO DI SOGGIORNO/CARTA SOGGIORNO/PERMESSO SOGGIORNO LUNGO PERIODO
- **SE CITTADINI COMUNITARI:** DATA ISCRIZIONE ANAGRAFE
- AUTOCERTIFICAZIONE STATO CIVILE
- **SE CONIUGATO** PORTARE I DATI DEL CONIUGE (fotocopia carta di identità e codice fiscale)
- AUTOCERTIFICAZIONE DATAMATRIMONIO/SEPARAZIONE/DIVORZIO/VEDOVANZA
- **CODICE IBAN RICHIEDENTE** (COMUNICARE SE INTESTATO SOLO AL RICHIEDENTE O COINTESTATO; **SE POSTA COMUNICARE ANCHE IL CODICE FRAZIONARIO** O INDIRIZZO DELLA POSTA DOVE SI E' APERTO IL CONTO CORRENTE O LIBRETTO O CARTA PREPAGATA ECC. - ATTENZIONE ANCHE I LIBRETTI POSTALI HANNO IL LORO CODICE IBAN)
- **SE RICOVERATO** ALLA DATA DELLA DOMANDA DI INVALIDITA' COMUNICARE LE DATE PRECISE DEL RICOVERO, IL NOME DELLA STRUTTURA, RELATIVO REPARTO ED INDIRIZZO DELLA STRUTTURA, con indicazione se il ricovero è gratuito o parziale/totale spese proprie
- SE IL TITOLARE E' RIVOCERATO A SPESE PROPRIE COPIA FATTURA DI PAGAMENTO
- **SE ETA' INFERIORE AI 67 ANNI** COPIA ULTIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI DICHIARANTE E CONIUGE
- **DICHIARAZIONE di RESPONSABILITA'** FIRMATA DAL RICHIEDENTE (pagina 15/15 del modello AP 70 – ALLEGATO IN CALCE ALLA PRESENTE o scaricabile dal sito INPS)
- **SE PRESENTE UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:** DECRETO DI NOMINA E COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA' DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Documenti necessari aggiuntivi per invalidità civile riconosciuta (ap70)

- FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' RICHIEDENTE
- SE EXTRACOMUNITARIO COPIA TITOLO DI SOGGIORNO
- COPIA VERBALE DI RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA' CIVILE INVIATO DA INPS
- SE RICOVERATO ATTUALMENTE O DALLA DATA DELLA DOMANDA DI INVALIDITA' COMUNICARE LE DATE PRECISE DEL RICOVERO CON NOME STRUTTURA E RELATIVO REPARTO ED INDIRIZZO DELLA STRUTTURA (EV. COPIA LETTERA RICOVERO/DIMISSIONE) con indicazione se il ricovero è gratuito o a parziale/totale spese proprie
- SE IL TITOLARE E' RICOVERATO A SPESE PROPRIE COPIA DELLA FATTURA DI PAGAMENTO E DICHIARAZIONE DELL'ENTEDOVE E' RICOVERATO
- SE ETA' INFERIORE AI 67 ANNI COPIA ULTIMA DICHIARAZIONE DEI REDDITI DICHIARANTE E CONIUGE (se non già prodotti in fase di domanda)

Documenti necessari aggiuntivi se minori per invalidità civile riconosciuta (ap70)

- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' DEL MINORE E CODICE FISCALE
- FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' E CODICE FISCALE ENTRAMBI GENITORI
- CODICE IBAN (C/C BANCA O POSTA O LIBRETTO POSTALE) **INTESTATO AL MINORE** (COMUNICARE SE INTESTATO SOLO AL RICHIEDENTE O COINTESTATO; SE POSTA COMUNICARE ANCHE IL CODICE FRAZIONARIO O INDIRIZZO DELLA POSTA DOVE SI E' APERTO IL CONTO CORRENTE O LIBRETTO - ATTENZIONE ANCHE I LIBRETTI POSTALI HANNO IL LORO CODICE IBAN)

- DICHIARAZIONE RESPONSABILITA' FIRMATA DA ENTRAMBI I GENITORI (pagina 15/15 del modello AP 70 – ALLEGATO IN CALCE ALLA PRESENTE o scaricabile dal sito INPS)
- CONSENSO ALLA RISCOSSIONE ALTRO GENITORE COMPILATO E FIRMATO DA ENTRAMBI I GENITORI (quadro E del modulo ap70 ALLEGATO in calce alla presente o scaricabile dal sito INPS).
- **Se riconosciuta indennità di frequenza produrre anche:**
- AUTOCERTIFICAZIONE FREQUENZA SCOLASTICA CON DATI SCUOLA FREQUENTATA; SE SCUOLA PRIVATA SERVE DICHIARAZIONE SCUOLA
- DICHIARAZIONE DEL CENTRO DI RIABILITAZIONE PER EVENTUALE FREQUENZA AL CENTRO CON INDICAZIONE DELLA FREQUENZA SETTIMANALE (es. 1 volta alla settimana ...)

ATTENZIONE: IL MEDICO DI BASE CHE INVIA IL CERTIFICATO MEDICO ON LINE ALL'INPS PUO' INVIARE ANCHE LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA UTILE PER LA VALUTAZIONE DELLA COMMISSIONE INPS. I MEDICI SONO STATI ABILITATI ALL'INVIO ANCHE DI TUTTA LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALL'INPS.

SE IL MEDICO DI BASE NON INVIA LA DOCUMENTAZIONE SCRIVERE A
sportellosalute.verona@patronato.acli.it

L'INPS INVIA LE DECISIONI SULL'INVALIDITA' 104 E LEGGE 68 TRAMITE RACCOMANDATE. UNA VOLTA RICEVUTI I VERBALI – PER LA LETTURA - POTETE INVIARLI SCANSIONATI A sportellosalute.verona@patronato.acli.it

AVVERTENZA: quanto sopra riportato rappresenta la documentazione standard necessaria per l'inoltro delle istanze. Si fa presente che a seconda del singolo caso potrebbe essere richiesta documentazione aggiuntiva

[Per qualsiasi informazione consultare il nostro sito](#)

<http://www.acliverona.it/patronato-acli/>

INPSMod. Autocert
COD.AP70

Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invaldità 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.



**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))

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.

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale