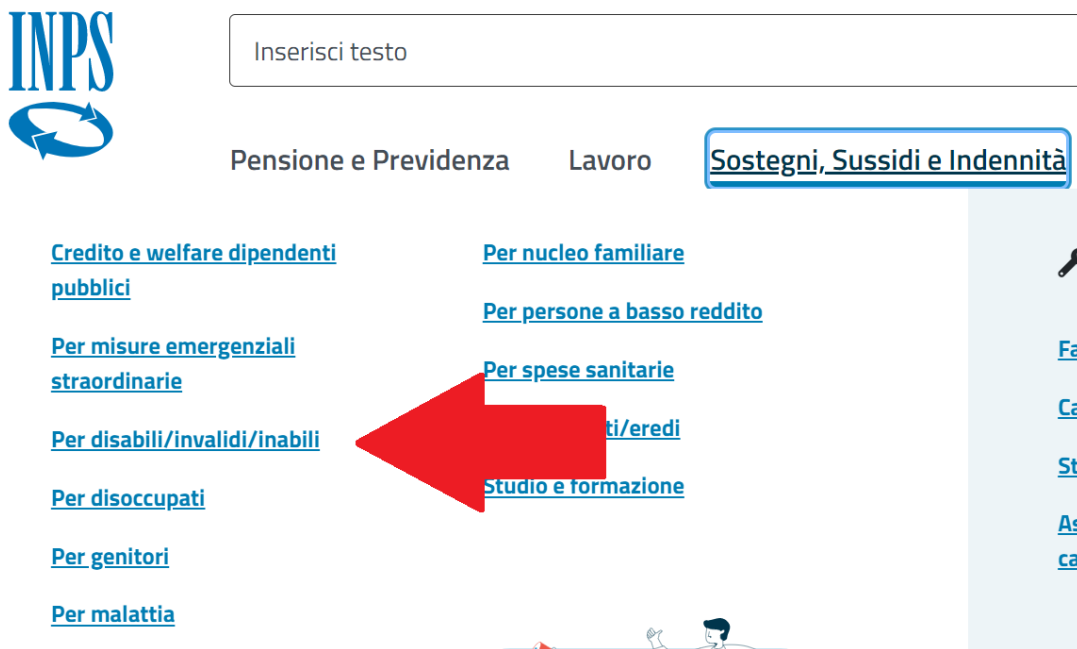


1. Entrare con SPID su my INPS

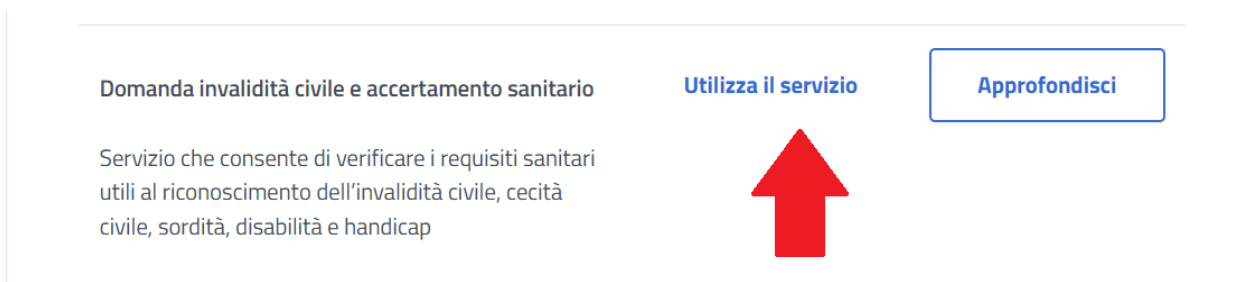
2. Sostegni, Sussidi e Indennità



3. Per disabili/invalidi/inabili



4. Domanda invalidità civile e accertamento sanitario---- Utilizza il servizio



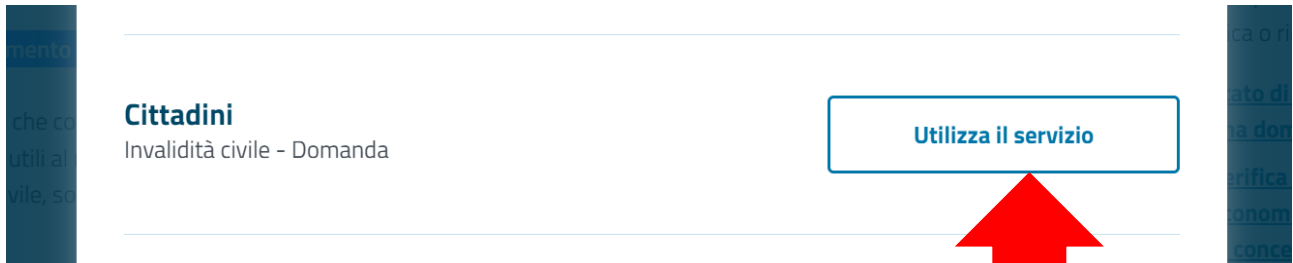
5. Cittadini ---- Utilizza il servizio

mento
che co
utili al
vile, sp

Cittadini
Invalidità civile - Domanda

Utilizza il servizio

ta o r
ato di
a dot
verifica
onom
conce



6. ACQUISIZIONE RICHIESTA

Home

Acquisizione Richiesta

Gestione Surroghe

Visualizzazione Richieste

Bienvenuto nell'area IN

Domande di Invalidità

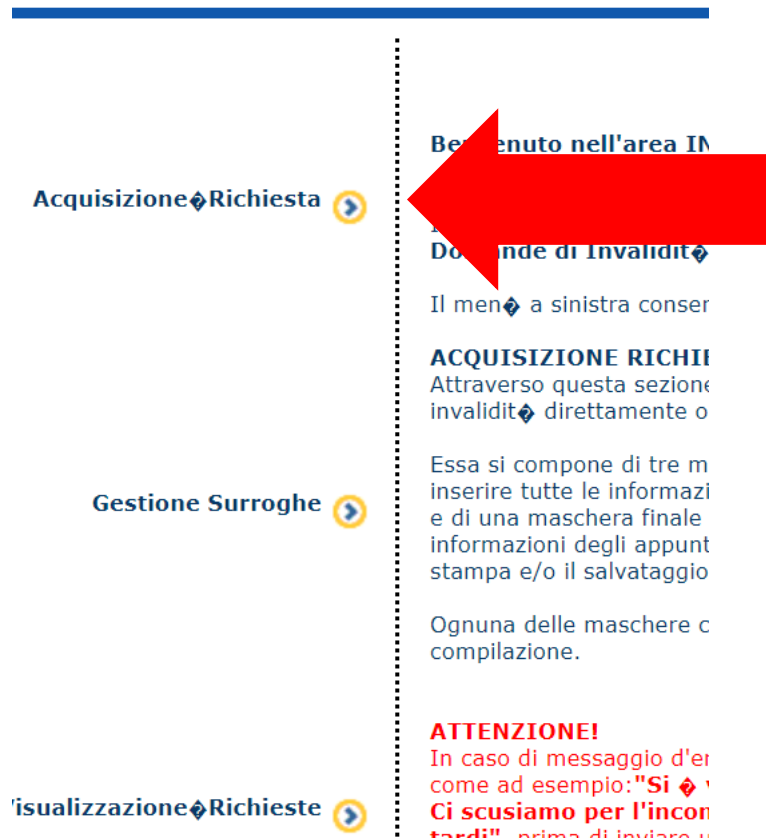
Il menu a sinistra conser

ACQUISIZIONE RICHI
Attraverso questa sezione
invalidità direttamente o

Essa si compone di tre m
inserire tutte le informazi
e di una maschera finale
informazioni degli appunt
stampa e/o il salvataggio

Ognuna delle maschere c
compilazione.

ATTENZIONE!
In caso di messaggio d'err
come ad esempio: "Si
Ci scusiamo per l'incon
tardi" prima di inviare u



7. INSERIRE I DATI NELLE SEZIONI:

↳ RICHIEDENTE

Richiedente Coniuge Rappresentante legale Recapiti Accertamento Dati ricovero Quadro B Quadro D Quadro F Quadro G Quadro H Allegati Invio Domanda

Per i soggetti coniugati deve essere compilata anche la sezione "Coniuge".

Il Comune e la Provincia di nascita sono in alternativa con lo Stato estero di nascita.

Anagrafica

Codice Fiscale: []
Cognome: []
Nome: []
Secondo cognome: []
Sesso: []
Data di nascita: []
Luogo di nascita: []
Professione/Condizione: []

***Cittadinanza**

Italiana
 Unione Europea
Stato: [Selezionare...]
Iscritto all'anagrafe del comune: []
dal: []/[]/[]
Residente in Italia dal: []/[]/[]

ExtraComunitario
Stato: [Selezionare...]
Tipo documento di soggiorno: Permesso Carta
Rilasciato dall'Ufficio di Immigrazione di: [Selezionare...]
Numero documento: []
Validità dal: []/[]/[]
al: []/[]/[]

I tuoi contatti personali

Indirizzo email: [] Indirizzo PEC: []
Telefono fisso: [] Cellulare: []
Puoi modificare i tuoi contatti accedendo alla sezione MyINPS del portale.

↳ RECAPITI

I campi e/o le sezioni contrassegnati da asterisco(*) sono obbligatori.
Le date devono essere inserite nel formato gg/mm/aaaa.

Richiedente Coniuge Rappresentante legale **Recapiti** Accertamento Dati ricovero Quadro B Quadro D Quadro F Quadro G Quadro H Allegati Invio Domanda

Tutti gli indirizzi inseriti (via e civico) devono avere una lunghezza massima complessiva di 42 caratteri.

*** Residenza**

Provincia: [Selezionare...]
Indirizzo: []
Sede ASL: [Selezionare...]
Comune: [Selezionare...]
N. civico: []
CAP: [Selezionare...]

Temporaneamente domiciliato in

L'indirizzo indicato in questa sezione sarà utilizzato per la visita presso la ASL.

Tipo domicilio: Abitazione privata Struttura residenziale Struttura di ricovero

Provincia: [Selezionare...]
Indirizzo: []
Cognome: []
Denominazione struttura: []
Sede ASL: [Selezionare...]
Comune: [Selezionare...]
N. civico: []
Nome: []
CAP: [Selezionare...]

↳ ACCERTAMENTO

Selezionare “RICONOSCIMENTO”

Scegliere “COLLOCAMENTO MIRATO”

Sede di gestione: ROMA 3 (Flaminio) ▼

TIPOLOGIA

Riconoscimento Aggravamento

Descrizione accertamento

INVALIDO CIVILE - ai sensi della legge 30.03.71 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni Minorato psichico

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

HANDICAP - ai sensi della legge 05.02.92, n. 104 Insegnante di Sostegno

COLLOCAMENTO MIRATO - ai sensi art. 1 Legge n. 68 del 12.03.1999 (dal 15° anno al 67°)

Numero certificato medico

Compilare :

* Dati accertamento

Sede di gestione: ROMA 3 (Flaminio) ▼

TIPOLOGIA

Riconoscimento Aggravamento

Descrizione accertamento

INVALIDO CIVILE - ai sensi della legge 30.03.71 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni Minorato psichico

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

HANDICAP - ai sensi della legge 05.02.92, n. 104 Insegnante di Sostegno

COLLOCAMENTO MIRATO - ai sensi art. 1 Legge n. 68 del 12.03.1999 (dal 15° anno al 67°)

Invalido Civile con percentuale del [] % - Minorato psichico

Cieco Civile

Sordo Civile

con verbale del [] / [] / [] (da consegnare alla commissione medica all'atto della visita)

su sentenza del [] / [] / [] (da consegnare alla commissione medica all'atto della visita)

Provincia ASL: [] Sede ASL: []

Numero certificato medico

- Non è necessario compilare il campo “numero certificato medico”

↳ INVIO DOMANDA

Richiedente Coniuge Rappresentante legale Recapiti Accertamento Dati ricovero Quadro B Quadro D Quadro F Quadro G Quadro H Allegati **Invio Domanda**

* Data presentazione domanda: 03/02/2023

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

L'Inps, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciro il Grande, n. 21, informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE, sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, 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 artt. 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. Nei casi previsti da disposizioni legislative o, se previsto per legge, di regolamento e nel rispetto dei limiti dagli stessi fissati, i dati personali possono essere comunicati dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati che operano in qualità di autonomi Titolari del trattamento, nei limiti strettamente necessari e per la sola finalità per cui si è proceduto alla comunicazione. La diffusione dei dati forniti è possibile solo su espressa previsione di legge o, se previsto per legge, di regolamento.

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 (art. 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 (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciro il Grande, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it.

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 (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti possono essere reperiti sul sito istituzionale www.inps.it, "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 www.garanteprivacy.it del Garante per la protezione dei dati personali.

Acconsento al trattamento dei dati in base all'informativa di cui all'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679

Invia Domanda

8. SCARICA LA RICEVUTA

INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Ricevuta di presentazione Domanda Invalidità Civile

SEDE *****

Si attesta che la Sig.ra

NOME ***** COGNOME *****

CODICE FISCALE ***** NATO/A IL **/**/****

A ***** PROV. **

DOCUMENTO DI IDENTITA' ***** NUMERO *****

RILASCIATO DA ***** IN DATA **/**/****

SCADENZA **/**/****

ha presentato in data INPS. la domanda di primo riconoscimento di Invalidità civile con N° protocollo relativa alle seguenti prestazioni con il seguente esito:

Domanda ricevuta

COLLOCAMENTO MIRATO con N° richiesta ricevuta

Dichiara di essere stato riconosciuto invalido civile con percentuale del su sentenza del: Sede ASL:

Appuntamento a visita

Se la DOMANDA è già stata fatta, è possibile scaricare direttamente la ricevuta da “VISUALIZZAZIONE RICHIESTE”

Home

Acquisizione Richiesta

Gestione Surroghe

Visualizzazione Richieste

Benvenuto nell'area IN

Quest'area ospita, nell'an INPS, le pagine che l'Istit **Domande di Invalidità**

Il menù a sinistra conser

ACQUISIZIONE RICHI
Attraverso questa sezione invalidità direttamente o

Essa si compone di tre m inserire tutte le informazi e di una maschera finale informazioni degli appunt stampa e/o il salvataggio

Ognuna delle maschere c compilazione.

ATTENZIONE!
In caso di messaggio d'er come ad esempio: "Si ❖ ' **Ci scusiamo per l'incon** tardi" prima di inviare u