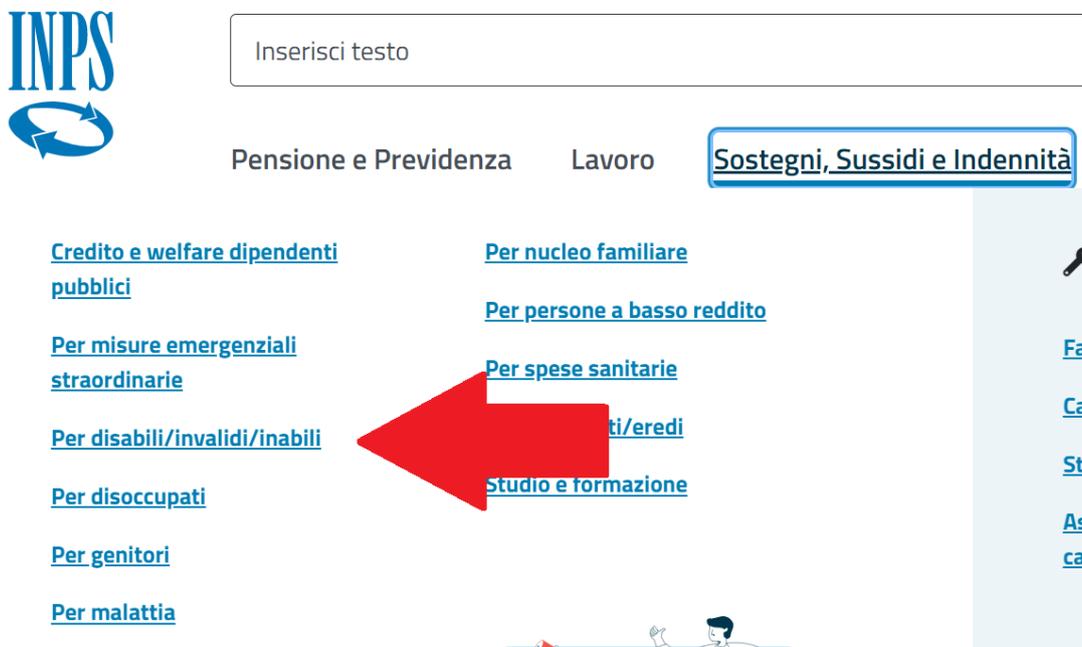


1. Entrare con SPID su my INPS

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
vifica
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'er
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 :

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

Invio Domanda

Accenso 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'area INPS, le pagine che l'Istituto Domande di Invalidità

Il menu a sinistra conser

ACQUISIZIONE RICHI

Attraverso questa sezione invalidità direttamente o

Essa si compone di tre menu inserire tutte le informazioni e di una maschera finale informazioni degli appuntamenti stampa e/o il salvataggio

Ognuna delle maschere con compilazione.

ATTENZIONE!

In caso di messaggio d'errore come ad esempio: "Si scusiamo per l'inconforti" prima di inviare u