

1165 14 NOV. 2003

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alle Politiche per la Famiglia e Servizi Sociali, di concerto con l'Assessore per le Politiche alla Sanità,

VISTO l'art. 130, comma 2, del Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 112, col quale sono state conferite alle Regioni le funzioni di concessione dei trattamenti economici in favore degli invalidi civili;

VISTA la legge regionale n. 14/1999, art. 151 comma 1 lettera h, con la quale sono state attribuite ai Comuni le funzioni relative alla concessione dei nuovi trattamenti economici a favore degli invalidi civili;

VISTA la L.R. n. 40/2001 con la quale è stata approvata una modifica alla L.R. n. 14/1999 con cui, fra l'altro, si stabilisce che, in deroga alle disposizioni dell'art. 151, comma 1, lettera h), la Regione stipula un apposito accordo con l'INPS per l'esercizio in via transitoria delle funzioni in materia di concessione dei nuovi trattamenti economici a favore degli invalidi civili, ai sensi dell'art. 80, comma 8, della legge n. 388/2000, impegnando anche l'Istituto ad assicurare un servizio che tenga conto delle necessità degli utenti, promuovendo le iniziative più opportune per il miglioramento del servizio stesso;

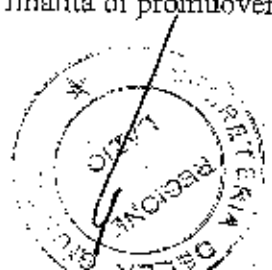
RICHIAMATA la propria Deliberazione n. 376 del 28/3/2002 con la quale è stato affidato all'INPS in via transitoria, per la durata di un anno, l'esercizio delle funzioni in argomento ed è stato approvato il relativo schema di convenzione;

RICHIAMATA la convenzione successivamente stipulata con Reg. Cron. N. 1351 del 18/4/2002, con la quale si disciplinava il suddetto affidamento delle funzioni concessorie in materia di invalidità civile, cecità e sordomutismo per la durata di un anno a decorrere dal 15/4/2002 e fino al 14/4/2003;

RICHIAMATA la propria Deliberazione n. 299 del 11/4/2003 con la quale è stato rinnovato per un secondo anno il suddetto affidamento all'INPS ed è stato approvato il relativo schema di convenzione;

RICHIAMATA la convenzione poi stipulata con Reg. Cron. n. 3190 del 7/5/2003 che disciplina il rinnovo dell'affidamento all'INPS delle ripetute funzioni concessorie per il periodo dal 15/4/2003 al 14/4/2004;

EVIDENZIATO che detta Convenzione all'art. 2, tra le altre cose, prevede la costituzione di un gruppo di lavoro interfunzionale composto da rappresentanti delle ASL, dell'INPS e della Regione, allo scopo di assicurare il coordinamento delle attività di competenza delle diverse Amministrazioni coinvolte nel processo di riconoscimento della condizione di invalido civile e di concessione dei relativi benefici previsti dalla legge, nonché azioni di monitoraggio circa l'andamento del servizio, con la finalità di promuovere le iniziative più opportune per il miglioramento dello stesso;



1165 14 NOV. 2003

DATO ATTO che il gruppo di lavoro appositamente costituito ha esaminato nel corso di alcune sedute le problematiche più urgenti arrivando a definire le modalità procedurali alle quali uniformare le azioni di reciproca competenza, compresa l'elaborazione di una moduliistica unica da utilizzare per l'espletamento delle funzioni di cui trattasi nelle varie fasi del procedimento.

RITENUTO opportuno approvare una Direttiva contenente l'indicazione delle procedure alle quali le ASL del Lazio e l'INPS Regionale del Lazio debbano uniformarsi per coordinare l'esercizio delle funzioni di reciproca competenza finalizzate al riconoscimento dell'invalidità civile e alla concessione dei corrispondenti benefici economici di legge, allo scopo di assicurare un servizio uniforme sull'intero territorio della Regione e più efficiente, con particolare riferimento alla riduzione dei tempi occorrenti.

RITENUTO inoltre opportuno che le ASL trasmettano periodicamente al Dipartimento Sociale notizie circa l'andamento del servizio e circa le attività dalle stesse espletate.

ACQ' UNANIMITA' :

DELIBERA

per i motivi indicati in premessa, che si richiamano:

Di approvare la "Direttiva per la gestione delle funzioni in materia di invalidità civile, cecità e sordomutismo", che si allega alla presente per formarne parte integrante e sostanziale, contenente l'indicazione delle procedure alle quali le ASL del Lazio e l'INPS Regionale del Lazio sono tenuti ad uniformarsi per coordinare l'esercizio delle funzioni di reciproca competenza finalizzate al riconoscimento dell'invalidità civile e alla concessione dei corrispondenti benefici economici di legge.

Di approvare espressamente la moduliistica, indicata nella suddetta Direttiva, composta dai modelli denominati: "Asl 1", "Asl 2", "Convins 2", "Convins accompagnamento", "Prospetto dati mensili", che si allegano alla presente per formarne parte integrante e sostanziale.

Di dare atto che la presente deliberazione non comporta alcuna spesa diretta.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini

16 NOV. 2003



9

**DIRETTIVA PER LA GESTIONE DELLE FUNZIONI IN MATERIA DI INVALIDITA' CIVILE
CECITA' E SORDOMUTISMO.**

La presente direttiva si prefigge lo scopo di definire modalità operative uniformi sull'intero territorio regionale, relativamente all'esercizio delle funzioni in materia di invalidità civile, cecità e sordomutismo, fondate sulla inderogabile esigenza di coordinare le tre diverse fasi, gestite da diversi Soggetti, che concorrono al riconoscimento e alla assegnazione dei benefici economici previsti dalla legge in favore degli invalidi civili:

- a) accettazione istanze, verifica e riconoscimento sanitario della sussistenza della invalidità civile, di competenza delle Aziende Sanitarie Locali;
- b) concessione dei benefici economici previsti dalla legge, previa verifica delle necessarie condizioni amministrative, di competenza della Regione ma esercitata dall'INPS in virtù di apposita Convenzione di affidamento della gestione delle relative funzioni;
- c) erogazione dei benefici economici riconosciuti, di competenza dell'INPS.

Il coordinamento di tali attività risponde alla necessità di semplificare e snellire l'intero procedimento, allo scopo di:

- semplificare ed agevolare gli adempimenti a carico degli utenti, che rappresentano una categoria molto debole;
- ridurre notevolmente i tempi necessari per la definizione delle varie posizioni;
- ridurre, conseguentemente, i costi dell'intero servizio.

Si prevedono pertanto le seguenti operazioni da svolgere secondo le modalità che vengono illustrate.

Il soggetto interessato al riconoscimento della invalidità civile presenta istanza ai competenti Uffici della ASL di appartenenza.

Per tale istanza dovrà essere utilizzato il modulo standard "Asl 1", che si allega alla presente.

Le commissioni mediche delle ASL, effettuati gli accertamenti sanitari di competenza, trasmettono alla commissione medica periferica per le pensioni di guerra e d'invalidità civile territorialmente competente copia dei verbali di visita per i quali risultano i presupposti idonei per il riconoscimento dei benefici di invalidità civile, corredata della relativa documentazione sanitaria.

Al ricevimento dell'approvazione da parte della suddetta commissione medica periferica i competenti Uffici delle ASL comunicano all'interessato l'esito positivo della pratica utilizzando l'apposito modulo standard "Asl 2", che si allega alla presente.

Unitamente alla suddetta comunicazione trasmettono all'interessato copia attestata conforme all'originale del verbale di visita della Commissione medica e un modulo di autocertificazione, utilizzando rispettivamente i modelli denominati "Convinps 2", per la concessione delle pensioni di invalidità, o "Convinps Accompagnamento", per la concessione della indennità di accompagnamento, che si allegano alla presente Direttiva.

L'utente è tenuto a compilare l'autocertificazione ed a consegnarla alla sede INPS di competenza, l'indirizzo della quale sarà stato indicato nella nota della ASL di comunicazione dell'esito dell'accertamento sanitario (modello "Asl 2").

Per la compilazione della modulistica gli utenti potranno avvalersi degli Enti di Patronato o Associazioni di Categoria che forniranno la loro assistenza gratuitamente.

Le ASL dovranno inviare alla sede INPS di competenza, con apposito elenco, le pratiche accertate sanitarimente con riconoscimento dei presupposti idonei per l'attribuzione dei benefici economici di invalidità civile, cecità e sordomutismo.



Handwritten signatures and stamps at the bottom right of the page.

A tal fine dovranno trasmettere copia conforme all'originale del verbale di visita nonché copia della istanza a suo tempo presentata dall'utente riconosciuto invalido civile.

Oltre al materiale cartaceo le ASL dovranno inviare all'INPS gli stessi dati anche per via telematica. Per l'espletamento di tali adempimenti ogni sede medico legale delle ASL dovrà essere dotata di una adeguata postazione informatica con collegamento ad Internet.

L'INPS indicherà gli elementi procedurali per l'accesso al proprio Sito per la trasmissione dei suddetti dati.

L'INPS svolgerà dei corsi di formazione per gli operatori, indicati dai Responsabili delle U.O. di medicina legale, che saranno addetti all'inoltro dei dati in questione.

Inoltre, con cadenza mensile, le ASL dovranno inviare alla Sede regionale INPS per il Lazio, in Via G.Borsi 11, CAP 00197 Roma, e all'Assessorato regionale Politiche per la Famiglia e i Servizi Sociali, in Viale del Caravaggio 99, CAP 00147 Roma, la comunicazione dei dati riportati nel "Prospetto Dati Mensili" che si allega alla presente Direttiva.

Tutte le operazioni suddette dovranno essere espletate con la massima urgenza.

Al fine di accelerare la trasmissione delle pratiche cartacee l'INPS istituirà un servizio di raccolta con proprio mezzo, limitatamente alle ASL di Roma e provincia (da Roma A fino a Roma H), con un apposito calendario a date prestabilite da concordare fra le parti.

La raccolta verrà effettuata presso la sede del Coordinamento di medicina legale di ogni ASL.

Le ASL interessate a detto servizio dovranno provvedere affinché le U.O. di medicina legale di propria competenza trasmettano alla sede del Coordinamento di medicina legale, con periodicità coordinata con quella di raccolta, le pratiche definite sanitarimente con riconoscimento della invalidità civile necessaria, unitamente ad un elenco delle stesso redatto in triplice copia.

L'INPS effettuerà presso le proprie sedi tutte le operazioni connesse alla gestione delle funzioni concessorie ad Esso attribuite dalla Regione Lazio con Convenzione Reg. Cron. n. 3190/2003, alle disposizioni della quale si rinvia espressamente.

Per la definizione delle pratiche arretrate, pervenute dalle ASL entro la data del 14/4/2002, limitatamente agli utenti dei comuni della provincia di Roma, l'INPS continuerà ad avvalersi della collaborazione del Comune di Roma secondo modalità definite in un apposito Protocollo d'intesa tra Regione, INPS e Comune di Roma.

Entro la prima settimana dei mesi di gennaio e di luglio di ogni anno, le sedi provinciali, sub-provinciali e le agenzie dell'INPS trasmetteranno le liste delle revisioni delle pensioni di invalidità civile alla sede di Coordinamento di medicina legale della propria ASL di riferimento, che provvederà ad effettuare gli adempimenti di competenza in termini tali da evitare interruzioni nella corresponsione delle provvidenze economiche da parte dell'INPS.

Gli utenti potranno rivolgersi esclusivamente alle sedi INPS di competenza territoriale per ogni informazione riguardante lo stato della propria pratica di riconoscimento dei benefici economici previsti dalla legge.

Espletate tutte le procedure attinenti alla funzione concessoria, l'INPS informerà gli utenti circa l'esito finale dell'accertamento e provvederà, nei casi definiti positivamente, all'inoltro del libretto per il pagamento delle provvidenze economiche riconosciute.

L'INPS provvede al pagamento delle indennità dovute, nell'esercizio della funzione erogatoria di propria competenza diretta, ai sensi dell'art. 130 del D.Lgs 112/1998.



All' A.S.L. _____
Commissione Medica per l'Accertamento
delle Invalidità Civili

Il/La sottoscritt _____
nat_ a _____ prov _____ il _____
residente a _____ prov _____
via/piazza _____ n _____ cap _____
telefono _____ stato civile _____ professione _____
codice fiscale _____

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art.11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e del relativo regolamento, per (*avvertenze: barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto*)

il riconoscimento aggravamento dell'invalidità, quale

invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n.118 e successive modificazioni ed integrazioni - indicare (ai soli fini dell'art.1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295) se minorato psichico : SI NO

cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni e integrazioni

sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni e integrazioni

persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n.104,

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato d'invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Al fini di questa richiesta, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,
DICHIARA

a) di essere nato/a a _____ prov _____ il _____

b) di essere cittadino/a Italiano/a o equiparato

di essere cittadino extracomunitario in regola con la normativa in materia di immigrazione

c) di essere residente a _____

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

MS

S'impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Autorizzo, ai sensi dell'art 10 della Legge 675/1996, il trattamento dei dati sensibili necessari per l'istruzione e la definizione della domanda che mi riguarda.

Allega alla presente domanda:

la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in

data _____ dal dott. _____

altra documentazione _____

Con questa domanda chiede alla sede INPS competente che gli /le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciute.

FIRMA _____ (allegare fotocopia di un documento d'identità)

Se la firma è apposta dal curatore, tutore o rappresentante legale, deve essere compilato anche il quadro b

Attestazione a firmare da chi non sa o non può firmare per impedimento

Ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza da

_____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo _____ n. _____

impedito a sottoscrivere

per conto di _____ impedito temporaneamente a sottoscrivere.

data _____ IL FUNZIONARIO ADDETTO _____

QUADRO B Autocertificazione a cura del TUTORE (interdizione) o del CURATORE (Inabilitazione) o del RAPPRESENTANTE LEGALE (per minori)

Sottoscritt _____

Codice Fiscale _____ nat _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

DICHIARA

di essere stato nominato TUTORE/CURATORE dal Tribunale di _____ con sentenza n. _____ del ____/____/____ (allegare copia della sentenza)

di essere RAPPRESENTANTE LEGALE del minore richiedente e di essere coniugato con _____ nat _____ il ____/____/____ a _____ residente a _____ Prov. _____ Via _____

Data ____/____/____ _____ (firma)



A.S.L. _____

Al / Alla Sig./ra _____

e p.c. INPS Sede di _____

Oggetto: provvidenze economiche in favore degli invalidi civili

Le comunico che la sua domanda intesa ad ottenere l'invalidità civile, è stata inviata all'INPS per l'adozione del provvedimento di concessione e la liquidazione della :

 indennità di accompagnamento
 pensione di inabilità
 pensione di invalidità

Tuttavia per poter provvedere al pagamento della provvidenza è necessario che lei, al più presto, restituisca alla Sede dell'INPS di _____ via _____ l'allegato modello di autocertificazione compilato nelle parti che la riguardano e firmato.

Per la compilazione della modulistica allegata potrà avvalersi degli Enti di Patronati o Associazioni di Categoria che forniranno la loro assistenza gratuitamente.

Successive informazioni riguardanti l'indennità, dovranno essere richieste alla Sede dell'INPS indicata in questa lettera.

Il Responsabile Dipartimento Medicina Legale

ASL _____

Allegati:

- verbale della Commissione medica
- modulo per autocertificazione

L'INPS A ROMA E PROVINCIA

LE SEDI

Sede Provinciale di Roma

Via Amba Aradam 5 0084 Roma centralino 06 77381

Sede di Roma Aurelio

Via di Torrevecchia 592 00168 Roma centralino 06 301901

Sede di Roma Casilino

Via Emilio Longoni 59 00155 Roma centralino 06 228911

Sede di Roma Centro

Piazza Augusto Imperatore 32 00186 Roma centralino 06 689721

Sede di Roma Eur

Via Baldassarre Castiglione 59 00142 Roma centralino 06 542921

Sede di Roma Flaminio

Via Giulio Romano 46 00146 Roma centralino 06 362071

Sede di Roma Montesacro

Via A. Bettini 83 00139 Roma centralino 06 87291

Sede di Roma Monteverde Gianicolense

Via Lenin 45/49 Roma centralino 06 551911

Sede di Roma Tiburtino

Via Igino Giordani 55 00159 Roma centralino 06 439951

Sede di Roma Tuscolano

Via Tuscolana 1782 00173 Roma centralino 06 722901

Sede di Civitavecchia

Via Canova 2 00053 Civitavecchia centralino 0766 5091

Sede di Pomezia

Via Pontina Vecchia km 30,600 00040 Pomezia centralino 06 911771

LE AGENZIE TERRITORIALI

Albano Laziale

Via Rossini Lotto 16 00041 Albani Laziale centralino 06 93019011

Anzio

Via Europa 10 Centro commerciale Anteo 0042 Anzio centralino 06 98670811

Bracciano

Via Santa Lucia 2 00062 Bracciano centralino 06 99840911

Colleferro

Via Fontana dell'Oste 70 00034 Colleferro centralino 06 97202411

Fidene

Via Camerata Picena 385 00138 Roma centralino 06 88527911

Grottaferrata

Via XXV Luglio 21 00046 Grottaferrata centralino 06 94540211

Guidonia

Via dei Mughetti 2 00012 Guidonia Montecelio centralino 0774303111

Monterotondo

Via Monte Circeo 12 00016 Monterotondo centralino 06 90061911

Palestrina

Via di Colle Girello 28 00036 Palestrina centralino 06 95311811

Tivoli

Via Acquaregna 47/51 00019 Tivoli centralino 0774319611

Velletri

Via S. Biagio snc 00049 Velletri centralino 06 96150810



MH

L'INPS NELLA PROVINCIA DI FROSINONE

Sede Provinciale di Frosinone

Piazza Antonio Gramsci 4 03100 Frosinone centralino 0775 2141

Comuni di competenza:

03011 Alatri	03021 Amaseno	03020 Arnara
03022 Boville Ernica	03020 Castro dei Volsci	03023 Ceccano
03024 Ceprano	03010 Collepardo	03020 Falvaterra
03013 Ferentino	03100 Frosinone	03010 Fumone
03020 Gialiano di Roma	03016 Guarcino	03017 Murolo
03020 Pastena	03010 Patrica	03026 Pofi
03027 Ripi	03028 S. Giovanni Incarico	03020 Strangolagalli
03019 Supino	03020 Torrice	03020
Vallecorsa		
03029 Veroli	03010 Vico nel Lazio	03020 Villa S. Stefano

Sede Subprovinciale di Cassino

Via Po 45 03043 Cassino centralino 0776 3141

Comuni di competenza:

03040 Acquafondata	03040 Acquino	03042 Atina
03040 Ausonia	03040 Belmonte Castello	03043 Cassino
03040 Castelnuovo Parano	03030 Castrocielo	03044 Cervaro
03030 Colfelice	03030 Colle S. Magno	03040 Coreno Ausonio
03045 Esperia	03020 Pico	03030 Piendimonte S. Germano
03040 Fignataro Intermna	03037 Pontecorvo	03038 Roccasecca
03047 S. Giorgio a Liri	03030 S. Biagio Saracinisco	03040 S. Ambrogio sul Garigliano
03040 S. Andrea del Garigliano	03048 S. Apollinare	03049 S. Elia Fiumerapido
03040 S. Vittore del Lazio	03004 Terelle	03040 Vallemoia
03040 Vallerotonda	03040 Villa Latina	03030 Villa S. Lucia
03040 Viticassio		

Agenzia Territoriale di Anagni

Via Giuseppe Garibaldi 1/3 03012 Anagni centralino 0775 735811

Comuni di competenza:

03010 Acuto	03012 Anagni	03010 Filetino
03014 Fiuggi	03018 Paliano	03010 Figlio
03010 Serrone	03010 Sgurgola	03010 Torre Castani
03010 Trevi nel Lazio	03010 Trivigliano	

Agenzia Territoriale di Sora

Via Gabriele D'Annunzio 19 03039 Sora centralino 0776 820911

Comuni di competenza:

03041 Alvito	03022 Arce	03033 Arpino
03030 Broccostella	03030 Campoli Appennino	03030 Casalattico
03034 Casalvieri	03030 Castelliri	03030 Fontana Liri
03030 Fontechairi	03040 Gallinara	03036 Isola del Liri
03025 Monte S. Giov. C.	03030 Pescosolido	03040 Picinisco
03030 Posta Fibreno	03030 Rocca d'Arce	03046 S. Donato V.C.
03030 Santopadre	03040 Settefrati	03039 Sora
03030 Vicalvi		

dall'1/1/2012
 03012 ANAGNI
 03010 FILETINO
 03010 FIGLIO
 03010 TORRE CASTANI

M R

L'INPS NELLA PROVINCIA DI LATINA

Sede Provinciale di Latina

Via C. Battisti 52 04100 Latina

centralino 0773 6711

Comuni di competenza:

04011 Aprilia	04010 Bassiano	04012 Cisterna di Latina
04010 Cori	04100 Latina	04010 Maenza
04010 Norma	04014 Pontinia	04015 Priverno
04010 Prossedi	04010 Roccagorga	04010
Roccamassima		
04010 Roccasecca dei Volsci	04010 Sermoneta	04010 Sezze

Agenzia Territoriale di Formia

Via Appia Lato Napoli 107 04023 Formia

centralino 0771 32081

Comuni di competenza:

04020 Campodimele	04021 Castelforte	04023 Formia
04024 Gaeta	04020 Itri	04025 Lenola
04026 Minturno	04027 Ponza	04020 SS. Cosma e
Damiano		
04029 Sperlonga	04020 Spigno Saturnia	04020 Ventotene

Agenzia Territoriale di Terracina

Via delle Arene s.n.c. (palazzo Orizzonte) 04019 Terracina

centralino 0773 73381

Comuni di competenza:

04022 Fondi	04020 Monte S. Biagio	04016 San Felice
Circeo		
04010 Sonnino	04019 Terracina	



L'INPS NELLA PROVINCIA DI RIETI

Sede Provinciale di Rieti

Via Cintia 42 02100 Rieti

centralino 0746 2751

Comuni di competenza:

02011 Accumoli	02012 Amatrice	02013 Antrodoco
02020 Ascrea	02020 Belmonte in Sabina	02010 Borbona
02021 Borgorose	02010 Borgovelino	02014 Cantalice
02030 Casprota	02020 Castel di Tora	02010 Caste Sant'Angelo
02015 Cittaducale	02010 Cittareale	02022 Collalto Sabino
02020 Colle di Tora	02020 Colegiove	02010 Colli sul Velino
02020 Concerviano	02043 Contigliano	02023 Fiamignano
02030 Frasso Sabino	02010 Labro	02016 Leonessa
02020 Ingone Sabino	02020 Mercetelli	02010 Micigliano
02033 Monteleone Sabino	02040 Montenero Sabino	02010 Morro reatino
02040 Monte San Giovanni in Sabina	02020 Nespole	02035 Orvinio
02020 Paganico	02024 Pescorocchiano	02025 Petrella Salto
02018 Poggio Bustone	02037 Poggio Moiano	02030 Poggio Nativo
02030 Poggio San Lorenzo Sabino	02019 Posta	02030 Pozzaglia
02100 Rieti	02010 Rivodutri	02026 Rocca Sinibalda
02038 Scandriglia	02030 Torricella in Sabina	02020 Turania
02020 Valco Sabino		

Agenzia Territoriale di Poggio Mirteto

Via G. Mameli 54/56

02047 Poggio Mirteto centralino 0765 447011

Comuni di competenza:

02040 Cantalupo	02041 Casperia	02031 Castenuovo di Farfa
02042 Collevecchio	02040 Configni	02040 Cottanello
02032 Fara in Sabina	02044 Forano	02046 Magliano Sabina
02040 Mompeo	02040 Montasola	02040 Montebuono Sabino
02034 Montopoli di Sabina	02040 Poggio Catino	02047 Poggio Mirteto
02040 Roccantica	02040 Salisano	02040 Selci
02048 Stimigliano	02040 Tarano	02039 Toffia
02049 Torri in Sabina	02040 Vacone	

L'INPS NELLA PROVINCIA DI VITERBO

Sede Provinciale di Viterbo

Viale G. Matteotti 29 01100 Viterbo centralino 0761 3101

Comuni di competenza:

01010 Arlena di Castro	01010 Barbarano Romano	01030 Bassano in Teverina
01030 Bassano Romano	01010 Blera	01020 Bomarzo
01030 Canepina	01011 Canino	01012 Capranica
01032 Caprarola	01020 Celleno	01010 Cellere
01020 Graffignano Romano	01014 Montalto di Castro	01010 Monte
01010 Orilo Romano	01028 Orte	01010 Piansano
01037 Ronciglione	01038 Soriano nel Cimino	01015 Sutri
01016 Tarquinia	01010 Tessennano	01017 Tuscania
01030 Vallerano	01030 Vasanello	01010 Vejano
01019 Vetralla in Tuscia	01039 Vignanello	01010 Villa S. Giovanni
01100 Viterbo	01030 Vitorchiano	

Agenzia Territoriale di Civita Castellana

Via Giovanni XXIII n. 37 01033 Civita Castellana centralino 0761 59681

Comuni di competenza:

01030 Calcata	01030 Carbognano	01030 Civita Castellana
01030 Carbognano	01030 Corchiano	01034 Fabbrica di Roma
01030 Faleria	01035 Gallese	01030 Monterosi
01036 Nepi		

Agenzia Territoriale di Montefiascone

Piazza Vittorio Emanuele III n. 19 01027 Montefiascone centralino 0761 8321

Comuni di competenza :

01021 Acquapendente	01022 Bagnoregio	01023 Bolsena
01010 Capodimonte	01024 Castiglione in Teverina	01010 Farnese
01010 Gradoli	01025 Grotte di Castro	01010 Ischia di Castro
01010 Marta	01027 Montefiascone	01010 Onano
01020 Proceno	01020 San Lorenzo Nuovo	01018 Valentano



AUTOCERTIFICAZIONE



Regione Lazio

MODULO DI ACCERTAMENTO DEI REQUISITI SOCIO-ECONOMICI PER FRUIRE DELLE PROVVIDENZE DISPOSTE IN FAVORE DEGLI INVALIDI CIVILI, DEI CIECHI E DEI SORDOMUTI

Visto l'istanza di riconoscimento dello stato di invalidità civile presentata alla competente A.S.L.,
si prega la S.V. a compilare il presente modulo.

Il/La sottoscritt

Codice Fiscale

telefono

DICHIARA

QUADRO A

Generalità del richiedente

- di essere nato a _____ prov. _____ il _____
- di essere residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
via _____
- di essere di cittadinanza _____
- di essere cittadino extracomunitario proveniente dallo Stato _____ e di essere regolarmente in
in possesso di carta di soggiorno (compilare il quadro I)
- di essere di stato civile:
- celibe/ubile libero di stato
- di essere coniugato/a con _____ dal _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
via _____ Cod. Fisc. _____
- di essere vedovo/a di _____ dal _____
- di essere separato/a legalmente dal _____ di essere divorziato/a dal _____
- che il proprio stato di famiglia è così composto:

Cognome e Nome	Luogo e prov. di nascita	Data	Rapporto di parentela	Codice fiscale

di essere: disoccupato pensionato studente casalinga occupato dal _____ presso _____

QUADRO B**Dati di ricovero del dichiarante**

di non essere mai stato ricoverato in Istituti con retta a totale carico di Enti Pubblici

di essere stato ricoverato o di essere ricoverato presso _____

con retta a carico di _____

nei seguenti periodi: _____

(N.B. indicare i periodi di ricovero successivi all'istanza di invalidità civile)

QUADRO C**Titolarità di altre prestazioni**

di **NON** essere titolare di pensioni e/o di indennità di guerra, di lavoro o di servizio, o di rendite INAIL

di essere titolare di rendita INAIL, solo di _____ N. _____

(ammontare annuo di Lire _____)

II in forma diretta (allegare copia del verbale di riconoscimento)

III in forma indiretta (collaterale)

di essere titolare della di pensione/indennità di guerra o di servizio N. _____

(ammontare annuo di Lire _____)

II in forma diretta (allegare copia mod. 69)

III in forma indiretta (collaterale)

di essere titolare dei seguenti trattamenti pensionistici

Ente _____ Sede _____ Categoria _____ N. _____

Ente _____ Sede _____ Categoria _____ N. _____

Ente _____ Sede _____ Categoria _____ N. _____

(ammontare annuo di Lire _____)

Modulo da compilarsi a cura dell'invalido o del rappresentante legale (nel caso di minori) oppure, in presenza di sintomi di interdizione/qualificazione da parte del Tribunale, dal tutore (interdizione) o dal curatore (qualificazione).

E' possibile rivolgersi gratuitamente agli Enti di Patronato di cui all'unita' elenco oppure ai servizi socio-assistenziali del Comune di residenza.

Le persone ultrasessantacinquenni cui è stato riconosciuto un grado di invalidità del 100% devono compilare i quadri A - B - C - D - E (solo se si vuole delegare alla persona alla riscossione) - II (solo nel caso sia stato nominato un tutore o un curatore), nonché l'assenso al trattamento dei propri dati sensibili e sottoscrivere il modulo.

Le persone cui sono state riconosciute altre tipologie di invalidità devono compilare, oltre ai suddetti, i quadri che le riguardano direttamente.



M.H.

QUADRO D		Richiesta di accreditamento della provvidenza			
Il/La sottoscritt					
In qualità di	<input type="checkbox"/> Tutore	<input type="checkbox"/> Curatore	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale		
CHIEDE					
Che la provvidenza venga pagata presso					
<input type="checkbox"/>	La Banca	Agenzia di		Via	
	C/C n°	ABI	CAB	CIN	
<input type="checkbox"/>	L'ufficio postale di	Pagamento in contanti			
<input type="checkbox"/> Accredito sul libretto di risparmio n°					
<input type="checkbox"/> Accredito su conto corrente n°					
Data: ___/___/___					
					(firma)
N.B. : l'ufficio pagatore indicato deve essere lo stesso presso il quale sono già in pagamento eventuali altre prestazioni erogate dall'INPS.					

QUADRO E		Per riscuotere la pensione tramite altra persona (**)			
Il/La sottoscritt				Codice Fiscale	
Nato a				Data	
DELEGA					
Cognome e nome del delegato				Codice Fiscale	
Nato a				Data	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	residente in		Via	
A riscuotere per suo conto la provvidenza economica dovutagli, con onere di codesto Istituto e dell'ufficio di ogni responsabilità a riguardo.					
Data: ___/___/___		(firma del delegante)			
(la firma va apposta in presenza di pubblico ufficiale che provvede all'autenticità)					
Il sottoscritto		Il funzionario		attesta che in	
presente dichiarazione resa dal Sig.				è stata firmata in sua presenza	
non è stata firmata per il seguente motivo:					
IL FUNZIONARIO ADDETTO					

** N.B. I titolari di altre prestazioni erogate dall'INPS dovranno scegliere lo stesso delegato per tutte le prestazioni (la delega alla riscossione è incompatibile con la richiesta di accredito su c/c bancario o postale).

M A



QUADRO F

Il sottoscritto Domanda It. del Pensione It. cat. _____

dichiara i seguenti redditi, rilevanti ai fini della/e prestazione/e richieste, per gli anni indicati nel quadro A e/o B:

TIPOLOGIA dei REDDITI	Quadro A		REDDITI DEL TITOLARE		Quadro B		REDDITO DEL CONIUGE	
	anno	anno	anno	anno	anno	anno	anno	anno
1. Redditi di lavoro dipendente e assimilati, compresa Cassa integrazione guadagni, inderogabilità, mobilità, rilevanza di disoccupazione, ecc.	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
2. Arretrati di lavoro dipendente ed assimilati riferiti ad anni precedenti a quello nel quale vengono percepiti, soggetti a tassazione separata	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
3. Redditi di lavoro autonomo, professionale e d'impresa	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
4. Pensioni dirette erogate da Stati esteri	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
5. Pensioni ai superstiti erogate da Stati esteri	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
6. Arretrati riferiti ad anni precedenti relativi a pensioni erogate da Stati esteri	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
7. Interessi bancari, postali, del BOT, del CDT e del titolo di Stato, proventi di quote di investimento, ecc.	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
8. Redditi di partecipazione in società e imprese	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
9. Trattamenti di fine rapporto (FR, cumulsata liquidazione, ecc.)	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
10. Arretrati di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti (Cassa integrazione guadagni)	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
11. Redditi dalla cassa di abitazione (senza considerare la funzione fiscale)	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
12. Redditi di terreni e fabbricati (senza la cassa di abitazione)	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
13. Altri redditi assoggettabili all'IRPEF (compresi gli assegni alimentari e di sostentamento, i redditi di capitale, ecc.)	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
14. Reddito vitalizio o a tempo determinato costituito a titolo oneroso ad esempio con compagnia di assicurazione	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
15. Assegno vitalizio combattenti guerra 1915-1918	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
16. Altri redditi non assoggettabili all'IRPEF	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
17. Prestazioni assistenziali in danno erogate dallo Stato e altri Enti pubblici o Stati esteri (escluse le indennità di accorpamento per invalidi civili, le indennità previste per i cicli parziali e l'indennità di comunicazione per i somonelli)	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
18. Annuità dell'IS-PEF pagata nell'anno	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
19. Redditi da lavoro dipendente prestato all'estero	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €
20. Arretrati lavoro dipendente prestato all'estero	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €	00 €

Data _____ Firma del titolare _____

[Handwritten signature]

QUADRO G

Da compilare obbligatoriamente da parte degli invalidi civili parziali, (invalidità compresa tra il 74% e il 99%) che hanno compiuto il 18° anno di età e fino al compimento del 65° anno di età.

Dichiarazione attestante la data di iscrizione nell'elenco provinciale dei disabili tenuto dall'Amministrazione Provinciale - Ufficio di Collocamento Mirato - ai sensi della dell'art. 19 della Legge 482/1968 e della Legge 12 marzo 1999 n. 68 ovvero la non iscrizione.

di esservi iscritto dal _____ al _____ n. di iscrizione _____

di non esservi iscritto per il periodo decorrente dalla presentazione dell'istanza per il riconoscimento dell'invalidità civile fino alla notifica del verbale sanitario e di non aver svolto attività lavorativa in detto periodo

di non esservi iscritto (specificare il motivo): _____

(in caso di mancata iscrizione per motivi sanitari, allegare copia del certificato rilasciato dall'Ufficio Collocamento Mirato).

QUADRO H

Autocertificazione a cura del TUTORE (interdizione) e del CURATORE (inabilitazione) o del RAPPRESENTANTE LEGALE (per minori)

II/ La Sottoscritt _____

Codice Fiscale _____ nat _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____

DICHIARA

di essere stato nominato TUTORE/CURATORE dal Tribunale di _____ con sentenza n. _____ del ____/____/____.

(allegare copia della sentenza)

di essere RAPPRESENTANTE LEGALE del minore richiedente

e di essere coniugato con _____ nat _____ il ____/____/____

a _____ residente a _____ Prov. _____

Via _____

Data ____/____/____

(firma)



Handwritten signature

QUADRO I

Da compilarsi esclusivamente per invalidi civili che non hanno compiuto il 18° anno di età.

(Indennità di frequenza)

I di frequentare scuole pubbliche o private di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, o centri di formazione e di addestramento professionale finalizzato al reinserimento sociale dei minori invalidi o centri ambulatoriali o centri diurni, anche di tipo semiresidenziale, pubblici o privati, purché operanti in regime convenzionale, specializzati nel trattamento terapeutico e nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap presso:

per i seguenti periodi dal _____ al _____
 dal _____ al _____
 dal _____ al _____
 dal _____ al _____

II di non frequentare alcuna scuola o centro rieducativi e/o riabilitativi:

Considerato che il pagamento delle provvidenze economiche a favore di minori invalidi civili deve essere effettuato ad uno dei genitori, è necessaria la seguente delega alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

Il/La sottoscritt _____

nat. a _____ prov. _____ il _____ residente in _____

_____ via _____ e cod. fisc. _____

in qualità di legale rappresentante del minore

dichiara di consentire che l'indennità di frequenza venga pagata al _____ madre/padre del minore stesso sig./sig.ra

_____ nat. a _____ prov. _____

il _____ residente in _____ via _____

cod. fisc. _____

Data _____

(firma autenticata nelle forme di Legge)

(timbro e firma del funzionario)



Handwritten signature

QUADRO L**Da compilarsi esclusivamente da parte
dei cittadini extracomunitari.**

1) di essere proveniente dallo Stato _____

1) di essere regolarmente in possesso della **carta di soggiorno** con scadenza ____ / ____ / ____ rilasciata dalla
 Questura di _____ il ____ / ____ / ____
(Allegare copia della carta di soggiorno)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31/12/1996 n. 675, io sottoscritto _____

ACCONSENSO

- 1) al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della pratica/domanda che mi riguarda (*) SI NO
- 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero, ove ciò sia necessario all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della pratica/domanda che mi riguarda (*) SI NO
- 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione o di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della pratica/domanda che mi riguarda (*) SI NO
- 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli conosciuti alla presente pratica/demanda, ad altri Enti o Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali (*) SI NO

* (barrare la casella che interessa)

SONO CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO:

→ nel caso di cui al punto 1) comporta l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la pratica/ domanda che mi riguarda;

⇒ nel caso di cui al punto 2) comporta l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la pratica/demanda che mi riguarda se il trasferimento dei dati all'estero è necessario per la trattazione della pratica/demanda stessa;

⇒ nel caso di cui al punto 3) comporta notevole ritardo nella liquidazione e gestione della mia pratica/demanda;

_____ (luogo e data)

_____ (firma)



Ai sensi dell'art. 5, comma 3, del D.P.R. 21.09.1994, n. 698 il beneficiario della provvidenza economica a titolo di invalidità civile, è tenuto a comunicare ad'INPS entro 30 giorni ogni mutamento delle condizioni e dei requisiti di assistibilità previsti dalla Legge per la concessione della provvidenza economica stessa.

Le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 15/1968 e qualora dal controllo della dichiarazione emerga la non veridicità del contenuto, il dichiarante decade dai benefici concessi.

Data / /

Firma () del Richiedente o del Tutore
o del Rappresentante Legale

Firma del Curatore
(Solo se il richiedente è inabilitato)

Attestazione a firmare da chi non sa o non può firmare per impedimento

Ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza da _____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo

_____ n. _____

impedito a sottoscrivere

per conto di _____ impedito temporaneamente a sottoscrivere.

data _____ IL FUNZIONARIO ADDETTO



[Handwritten signature]
[Handwritten initials]



AUTOCERTIFICAZIONE

Regione Lazio

MODULO DI ACCERTAMENTO DEI REQUISITI SOCIO-ECONOMICI PER FRUIRE DELLE PROVVIDENZE DISPOSTE IN FAVORE DEGLI INVALIDI CIVILI

Visto l'istanza di riconoscimento dello stato di invalidità civile
comunico i seguenti dati necessari per il pagamento dell'indennità ottenuta

Il/La sottoscritt

Codice Fiscale _____

telefono _____

DICHIARA

QUADRO A

Generalità del richiedente

- di essere nato a _____ prov. _____ il _____
- di essere residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
 via _____
- di essere di cittadinanza _____
- di essere cittadino extracomunitario proveniente dallo Stato _____ o di essere regolarmente in
 in possesso di carta di soggiorno (compilare il quadro E)
- di essere di stato civile:
- colibe/nubile
- di essere coniugato/a con _____ dal _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____
- residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____
 via _____ Cod. Fisc. _____
- di essere vedovo/a di _____ dal _____
- di essere separato/a legalmente dal _____ di essere divorziato/a dal _____

QUADRO B

Dati di ricovero del dichiarante

di non essere mai stato ricoverato in Istituti con retta a totale carico di Enti Pubblici

di essere stata ricoverato o di essere ricoverato presso _____

con retta a carico di _____

nei seguenti periodi _____

(N.B. Indicare i periodi di ricovero successivi all'istanza di invalidità civile)

QUADRO C		Richiesta di accreditamento della provvidenza			
Il/La sottoscritt_					
CHIEDE					
Che la provvidenza venga pagata presso					
	La Banca		Agenzia di	Via	
	C/C n°		ABI	CAB	CIN
<input type="checkbox"/>	Ufficio postale di		Pagamento in contanti		
<input type="checkbox"/>	Accredite sul libretto di risparmio n° _____				
<input type="checkbox"/>	Accredito su conto corrente n° _____				
Data: ____/____/____					
					(firma)
<i>N.B. - l'ufficio pagatore indicato deve essere lo stesso presso il quale sono già in pagamento eventuali altre prestazioni erogate dall'INPS.</i>					

QUADRO D		Per riscuotere la pensione tramite altra persona (*)			
Il/La sottoscritt_				Codice Fiscale	
Nato a				Data	
DELEGA					
Cognome e nome del delegato				Codice Fiscale	
Nato a				Data	
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	residente in			Via
A riscuotere per suo conto la provvidenza economica dovutagli, con esonero di codesto Istituto e dell'ufficio di ogni responsabilità a riguardo					
Data: ____/____/____		(firma del delegato)			
<i>(la firma va apposta in presenza di pubblica ufficiale che provvede all'autenticazione)</i>					
Io sottoscritto _____		Funzionario _____		attesto che la	
presente dichiarazione è resa dal Sig. _____				identificato dal documento	
n° _____		è stata firmata in mia presenza / non è stata firmata per impossibilità della persona a firmare			
IL FUNZIONARIO ADDETTO					

* N.B. I titolari di altre prestazioni erogate dall'INPS dovranno scegliere lo stesso delegato per tutte le prestazioni da delega alla riscossione è incompatibile con la richiesta di accredito su c/c bancario e postale.

QUADRO E

Da compilarsi esclusivamente da parte
dei cittadini extracomunitari.

di essere proveniente dallo Stato

1) di essere regolarmente in possesso del permesso / della carta di soggiorno non scadenzata / rilasciata dalla Questura di _____ il _____ / _____

QUADRO F**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31.12.1996 n. 675, io sottoscritto

ACCONSENSO

- 1) al trattamento di eventuali dati sensibili, necessari all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della pratica/domanda che mi riguarda (*) SI NO
- 2) al trasferimento dei miei dati personali e sensibili all'estero, ove ciò sia necessario all'istruzione, alla liquidazione ed alla gestione della pratica/domanda che mi riguarda (*) SI NO
- 3) alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione ed al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti, ove ciò sia necessario alla liquidazione ed alla gestione della pratica/domanda che mi riguarda (*) SI NO
- 4) alla comunicazione dei miei dati sensibili, per fini diversi da quelli commessi alla presente pratica/domanda, ad altri Enti o Amministrazioni Pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali (*) SI NO

* (barrare la casella che interessa)

SONO CONSAPEVOLE DEL FATTO CHE IL MANCATO CONSENSO:

→ nel caso di cui al punto 1) comporta l'impossibilità di istruire, liquidare e gestire la pratica/ domanda che mi riguarda;

→ nel caso di cui al punto 2) comporta l'impossibilità di istruire, liquidare o gestire la pratica/domanda che mi riguarda se il trasferimento dei dati all'estero è necessario per la trattazione della pratica/domanda stessa;

→ nel caso di cui al punto 3) comporta notevole ritardo nella liquidazione e gestione della mia pratica/domanda;

(luogo e data)

(firma)

Ai sensi dell'art. 5, comma 3, del D.P.R. 21.09.1994, n. 698 il beneficiario della provvidenza economica a titolo di invalidità civile, è tenuto a comunicare all'INPS entro 30 giorni ogni mutamento delle condizioni e dei requisiti di assistibilità previsti dalla Legge per la concessione della provvidenza economica stessa.

Le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 15/1968 e qualora dal controllo della dichiarazione emerga la non veridicità del contenuto, il dichiarante decade dai benefici concessi.

Data _____

Firma ()

Attestazione a firmare da chi non sa o non può firmare per impedimento

Ai sensi del DPR 28/12/2000, n. 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza da _____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo _____

- R. _____
- impedito a sottoscrivere
- per conto di _____ impedito temporaneamente a sottoscrivere.

data _____ IL FUNZIONARIO ADDETTO _____



A handwritten signature in the bottom right corner of the page.

ASI.....

Alla Sede Regionale
INPS per il Lazio
Via G. Borsi 11
00197 Roma

Alla Regione Lazio
Assessorato Politiche per la Famiglia
e i Servizi Sociali
Viale del Caravaggio 99
00147 Roma

Stampa circolare con il nome "ASL" e una firma illeggibile.

Oggetto: Comunicazione Dati Invalidità Civile. Mese di.....

In riferimento agli adempimenti previsti dalla apposita Direttiva Regionale relativa alla gestione delle funzioni in materia di Invalidità civile, cecità e sordomutismo, si trasmettono i seguenti dati relativi al mese indicato in oggetto:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1) Istanze ricevute | n..... |
| 2) Pratiche esaminate dalle Commissioni Mediche della ASL | n..... |
| 3) Pratiche definite dalle Commissioni Mediche della ASL
comportanti possibili benefici economici | n..... |
| 4) Pratiche trasmesse alla Commissione Medica Periferica | n..... |
| 5) Pratiche rientrate nel mese corrente dalla Commissione
Medica Periferica comportanti possibili benefici economici | n..... |

Il Dirigente Responsabile

Stampa circolare con il nome "ASL" e una firma illeggibile.

Firma illeggibile.