# Invalidità Civile – Fase Concessoria

Manuale applicativo cittadino

### Sommario

1.	Lista delle prestazioni
2.	Anagrafica5
3.	Quadro A 8
4.	Quadro B 15
5.	Quadro B117
6.	Quadro B2
7.	Quadro D
8.	Quadro E
9.	Quadro F 28
10.	Quadro F1
11.	Quadro G
12.	Quadro H
13.	Allegati
14.	Invio (Privacy)

### 1. Lista delle prestazioni

(CAR)	ivile				Do	mande Inv	alidità Fase	connesso: P	COD.A
omande	e per l'erogazio	one delle prest	azioni di invalidità	civile Lis	sta Domande				
	Nome	Cognome	Data domanda	Data verbale	Nº Domus	Codice Fiscale	Fase Concessoria <sup>1</sup>	Stampe	
1 -	_	-	05/07/2011	07/10/2011	3930529909997		In Acquisizione		00
🖌 Dati AP7 🖌 Dati sub	70 Sentro					Verbale provvisorio Verbale definitivo Verbale sostitutivo del ®0 Domanda legge 80	definitivo		

All'accesso dell'utente all'applicazione 'Fase Concessoria' si visualizza la pagina che mostra la lista delle prestazioni associate alle domande di invalidità civile effettuate.

Le informazioni mostrate in lista sono le seguenti:

Nome: nome del richiedente l'invalidità;

Cognome: cognome del richiedente l'invalidità;

Data domanda: data di acquisizione della domanda di invalidità;

**Data verbale**: data in cui è stato emesso il verbale della commissione medica che si è riunita per concedere o meno l'invalidità civile al richiedente;

**N° Domus**: progressivo emesso al momento dell'effettuazione della domanda di invalidità civile diverso per ogni tipo di prestazione richiesta.

Codice Fiscale: codice fiscale del richiedente l'invalidità;

**Fase concessoria**: è lo stato della prestazione(Da lavorare, In acquisizione, Inviata, Lavorata, Revocata, Ricostituita).

La prestazione all'inizio si trova nello stato 'Da lavorare'.

### Tasti su Lista Prestazioni

Sulla lista sono presenti i seguenti tasti:

• Dati AP70': tramite il quale è possibile accedere alla pagina relativa ai dati anagrafici del richiedente.

- Stampa AP70': tramite il quale è possibile visualizzare o salvare il modulo AP70 in formato pdf.
- Visualizza verbale': tramite il quale è possibile visualizzare o salvare il verbale emesso dalla commissione medica in formato pdf.
- Visualizza ricevuta': tramite il quale è possibile visualizzare la ricevuta in formato pdf.

# 2. Anagrafica

invalidità civile		Domande Invalidità Fase Concessoria mod Autocen CODAP20
- Anagrafica Qualmer - Junited - Control - Control		utente connesso: Prove Techich
×	Sede di pertinenza: RO	4A FUR
	Sound of permanents wor	
	Invalue a civile - TEST TOTTET	() () () () () () () () () () () () () (
Dati socie-economici necessari por la concession (Dichiarazioni sostitutive sz art. 46-47 DPR 445/2000)	e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile	-1/13
Dati del Richiedente[R]		
I dati visualizzati di seguito sono stati pr	ecedentemente salvati e validati.	DATE SALVATE [V] DATE ARCHIVE [A]
Cognome:	-	
Nome: Nato/a il: (GG/MM/AAAA)	RENATA 02/08/1928	_
Provincia Nasota: Nato/a a:		
Stato Nasota	ITALIA	
Cellulare:		
E-mail P.E.C.1		_
Per l'interdetto e l'inabilitato le dichiarazioni van	ino rese o dal tutore o dal curatore.	
- Dati del Rappresentante Legale[L]	pn -	
Consapevole delle sanzioni penali previste dall'a	rt. 76 DPR 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsi	tà in atti e dichiarazioni mendaci
Dichiaro sotto la mia responsabilità di essere:		
Via/Piazza:	visite Binefreyers	
nº civico: CAPI	11 00144	
Provincia:	ROM	
Comune:	(C.200)	
Residenza Attuale[T]		
Via D <sup>o</sup> Ovicol		
CAP: Provincia:	Seletions	
Comuner	Seleziona	
Nome: Nato 8: gg/mm/saaa: Provincia Plancta: Nato a: Stato Nacita: Cittadinanza:	FABD 1302/1990	•
Residenza Via:		
nº sivico: CAP-		
Provincia:		
Comune: Telefono:		
Celutare: Email:		
PEC:		
Cvedovo/a celibe/mubile separato/a	C diverziato/a	
Cittadinanza[Z]		
Stato Cittadino Italiano Cittadino Italiano Cittadino della Repubblica di S.Marino Cittadino U.E. iscritto nell'anagrafe del	(TALIA)	
Comuné de		
Elali gg/mm/aaaa Rendente in Italia dali gg/mm/aaaa		
(presentare if decomments origin	ale alla sode DBPS territorialmanin compainnite o presso il pale	weater)
cittadino extracomunitario titolare di perm	esso di soggiorno/carta di soggiorno/permesso di sogg	iorne CE per soggiornanti di lungo periodo
(presentare il documento origin	ale alla unde INPS territorialmente compotente o presso il patr	imato]
apolide in possesso di permesso di soggi	mo/carta di soggiorno/permesso di soggiorno CE per s	oggiornanti di llango periodo
niascato dall'Ufficio Immigrazione della Qu	estura di Seleziona.	-
(presentare il documento evigin	ale alla sede INDS territorialmente competente o presso il patr	onato)
rifugiato politico titolare di permesso di so rilasciato dall'Ufficio Immigrazione della Qu (presentare il decumente origin	ggiorno/carta di soggiorno/permesso di soggiorno CE p estura di <u>Geladona</u> ale alla sede IMPS territorialmente competente o presso il petr	er soggiornanti di lungo periodo
C beneficiario di protezione sussidiaria titola	re di permesso di soggiorno	
nlasciato dall'Ufficio Immigrazione della Qu	estora di _Selabioa.	
(presentare il documento origin	ale alla sode INPS territorialmente competente o preszo il patr	anatoj
		SALVA [5]

Nella pagina Anagrafica sono gestiti i dati anagrafici del richiedente l'invalidità civile.

### Campi obbligatori:

- Il Codice Fiscale del richiedente;
- Il Cognome del richiedente;
- Il Nome del richiedente;
- Comune di nascita del richiedente;
- L'indirizzo della residenza del richiedente;
- Il Civico della residenza del richiedente;
- Il CAP della residenza del richiedente;
- La provincia di residenza del richiedente;
- Il comune di residenza del richiedente;
- Stato civile del richiedente: qualora il richiedente sia coniugato allora saranno obbligatori anche:
  - Il Nome del coniuge;
  - Il Cognome del coniuge;
  - La provincia del coniuge;
  - Il comune di nascita del coniuge;
  - Il Data di Nascita del coniuge;
  - Il Codice fiscale del coniuge;
- Stato Cittadinanza del richiedente;
- Cittadinanza:

qualora si scelga l'opzione "Cittadino U.E. iscritto nell'anagrafe del" saranno obbligatori anche i campi:

• Il Comune anagrafe;

• La Data iscrizione;

Al primo accesso a questa pagina verrà effettuato un confronto tra i dati anagrafici del titolare presenti sulla domanda e quelli presenti sugli archivi istituzionali(ARCA). Verrà visualizzato a video un messaggio con l'esito di tale confronto, ed in caso di differenze sarà l'utente a scegliere quali salvare.

Se il richiedente è coniugato dovranno essere inseriti i dati del coniuge. Anche per il coniuge può essere, una volta inserito il codice fiscale, effettuata la validazione dei dati.

Tramite il tasto 'Salva' vengono salvati i dati inseriti in questo primo quadro , la prestazione passa dallo stato 'Da lavorare' allo stato 'In acquisizione' e inoltre vengono abilitati gli altri quadri in base al tipo di prestazione richiesta.

## 3. Quadro A

<pre>Number of the second seco</pre>		DUTINING STUUMUM SUSE WHE
Set a gertimenz: MPAIL Se	QuadroA QuadroB QuadroB1 QuadroB2 QuadroB2 QuadroB	Utente connesso: Pr drut, Quadrof Quadrofi Quadrofi Allegati Invio
<pre>bedregence: bedregence: b</pre>	ଟ	
<section-header></section-header>		Sede di pertinenza: NAPOLI
Build a subject of a second parameter of a cancersolation of a length parameter of an all manufallità chile - 2/13   Chilarazione di responsabilità relativa allo stato di ricovero[R]   medine si cua di ricoversolativa di divolamento di li ricivietare la prestazione due al manufa chile - 2/13   e no à stato ricoversoli e proteiti   e pertar forcoverso nei perceiti   e pertar forcoverso nei perceiti   e pertar forcoverso nei perceiti   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso parameterito di segno (R) allo di segno (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso parameterito di segno (R) allo di segno (R)   e perceito di segno sobilità relativa allo stato di ricoverso parameterito di segno (R)   e chilare di altra perstazione di ricoverso parameterito di seconda parameterito de la servizo di servizo di servizo di servizo di seconda parameterito di seconda parameterito di seconda di seconda parameterito di seconda di seconda di seconda parameterito di seconda di seconda parameterito di seconda di seconda parameterito di seconda di s	Invalidità	à Civile - TEST TUTTI I QUADRI
bichirazione di responsabilità relativa allo stato di ricovero(R]	cio-economici necessari per la concessione e l'erogazion P.R. 28/12/2000 n.445)	ne delle prestazioni di invalidità civile - 2/13
	rrazione di responsabilità relativa allo stato di ric	covero[R]
	à di rannesentante/i legale/i dichiaro/dichiarano che il richied	lante la prestazione che nel nariodo dalla data della domanda (14/04/2012) ad onni-
Electron recorder on equation   Between release   Electron Recorder   Record Recorder on equation   Contraction of a record re	è stato ricoverato	enre la hiestationic che nei hei por nalla narra nella norranna (14/64/1011) an oùñi.
	ato ricoverato nei periodi:	
Dickinazione di responsabilità relativa alla titolarità di analoga prestazione[P]   mediare in case di responsabilità relativa alla titolarità di accompagnamento quale invalido civile « le vale cicce assoluto:   in utattà di rappresentanta/i legie/i, dichiary/dichiarano che il richiedente la prestazione di lavoro o di servizio   in bitolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio   in clusa lavoro eropato dall'ente:   in clusa lavoro eropato dall'ente:   in clusa lavoro eropato dall'ente:   in optare per la prestazione d'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro e di servizio   poletarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento ex art.40, comma 4 L. 289/2002[F]   contattà di rappresentanta/i legie/i, dichiary/dichiarano che il richiedente la prestazione che   in on ha fruito del servizio di accompagnamento   in case di riconsocimento di indennità di frequenza o to caso di riconsocimento di indennità di frequenza o to caso di riconsocimento di indennità di frequenza o to caso di riconsocimento di indennità di frequenza o to caso di riconsocimento di indennità di frequenza o to caso di riconsocimento di indennità di reque estazione di indennità di reque estazione che il richiedente la prestazione dui il molto di estazione dui accompagnamento   in che fueto e di atra prestazioni di indennità erogata a titolo di invalidità civile, cocità civile, sorità civile e que estare o esta di riconsocimento di indennità erogate a titolo	ricovero inserito	Elenco kicoven
builtor di constantinato dell'indensità di accompagnamento qui a invalido ci velle a/e quale cieco assoluto.  ce di di appresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che  ce di altra prestazione d'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio  ce di colarse querra erogata dall'ente: ce di optare per la prestazione d'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio  ce di colarse querra erogata dall'ente: ce di optare per la prestazione d'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio  ce di optare per la prestazione dall'anten: ce di optare per la prestazione dell'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio  ce di optare per la prestazione dell'indensità di accompagnamento ce art.40, comma 4 L 289/2002[F]  prestazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento eva art.40, comma 4 L 289/2002[F]  prestazione relativa di altraprestazione dell'indensità di accompagnamento que dece assoluto  na usaltà di rappresentante/i legale/i, dichiary/dichiarano che il richiedente la prestazione che ce contrapagnamento  ce causa di reconsortimento dell'indennità di accompagnamento que dece assoluto  na usaltà di rappresentante/i legale/i, dichiary/dichiarano che il richiedente la prestazione che ce contrapagnamento  ce causa di reconsortimento dell'indennità di accompagnamento contra di accompagnamento  ce causa di reconsortimento dell'indennità di accompagnamento contra di accompagnamento  ce causa di reconsortimento di indennità erogate a toto di malintà civile, coetà civile, sortità civile e quale cieco civile gue chi qià titolare di indennità erogate a toto di invalidità civile, coetà civile, sortità civile e di voler optare per: ce indennità quale invalido civile ce indennità quale invalido civile ce indennità quale invalido civile ce indennità di cui è già titolare ci i di cui e api di toto ali e già titolare ci i di cui e api a	araziono di rosponsabilità rolativa alla titolarità d	di analoga prostazione[D]
n qualità di rappresentante/i legale/i, dichiarq/dichiarano che il nichiedente la prestazione di guerra, di lavoro o di servizio	e in caso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento qual	le invalido civile e/o quale cieco assoluto
Inven à totolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio I ettolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento I cuusa lavoro erogato dall'entes: I cuusa guerra erogata dall'entes: I cuusa guerra erogata dall'entes: I cuusa guerra per la prestazione erogato dall'entes: I cuusa guerra per la prestazione erogato dall'entes: I cuusa guerra per la prestazione erogato dall'entes: I cuusa guerra per la prestazione erogata dall'entes: I cuusa guerra per la prestazione erogata dall'entes: I cuusa di romoscimuno dell'indennità di accompagnamento ex art.40, comma 4 L. 289/2002[F] maytere in caso di riconoscimuno dell'indennità di accompagnamento que di conducta esoluto: I non ha fruito del servizio di accompagnamento I ha fruito del servizio di accompagnamento I ha fruito del servizio di accompagnamento I cutoanto dell'indennità di recompagnamento I ha fruito del servizio di accompagnamento I ha fruito del servizio di accompagnamento I cutoanto di divenza di frequenza e in caso di riconoscimuno di diriona di chi ando dichiarano che il richiedente la prestazione che il more I cutoanto di servizio di accompagnamento I cutoanto di riconoscimuno di indennità di frequenza e in caso di riconoscimuno di dirionanti di frequenza in caso di riconoscimuno di indennità guale servicio e a quele ciece civile per chi è già titolare di indennità di frequenza in cuaso di riconoscimuno di indennità erogata e toto di invalidità civile, coctà civile, sordità civile, coctà civile, sordità civile e di voler optare per: I indennità quale invalido civile I indennità quale invalido civile I indennità quale invalido civile I indennità quale sordie I indennità quale ciece civile I indennità quale ciece civile I indennità quale invenzio di indennità erogata a toto di invalidità civile,	à di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedi	lente la prestazione che
o totare di atta prestazione d'indennità di accompagnamento o causa lavoro erogato dall'ente: o causa querra erogata dall'ente: o causa di consoccimento dell'indennità di accompagnamento ex art.40, comma 4 L 289/2002[F] manifero ti caso di ciconsoccimento dell'indennità di accompagnamento quele cicce assoluto non ha fruito del servizio di accompagnamento quele cicce assoluto o non ha fruito del servizio di accompagnamento Dicharazione erio di ciconsoccimento dell'indennità di accompagnamento quele cicce assoluto o non ha fruito del servizio di accompagnamento Dicharazione di opzione per incompatibilità con altre indennità[1] manifero ti caso di ciconsoccimento di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cocità civile, sordità civile e di voler optare per: o non ha titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cocità civile, sordità civile e di voler optare per: o indennità quale cieco civile di indennità quale cieco divile o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale indennità di cui è già titolare o indennità quale	è titolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento	o contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio
Causa lavoro erogato dall'ente: causa guerra erogata dall'ente: causa di riconascimento dall'indennità di accompagnamento ex art.40, comma 4 L. 289/2002[F] compliante in casa di riconascimento dall'indennità di accompagnamento guale circo assoluto: ne ualità di rappresentante/i legale/i, dichiano/dichiarano che il richiedente la prestazione che înon ha fruito del servizio di accompagnamento: <b>Eleco Periodi Accompagnamento Eleco Periodi Accompagnamento Eleco Periodi Accompagnamento</b> cualità di rappresentante/i legale/i, dichiano/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore <b>Elecitarazione di opzione per incompatibilità con altre indennită quale serdo a guale circo civile per chi è già titolare di indennità di frequenza in ciasa di riconascimento di invalidità civile, cecità civile, sordità civile on ha titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile o titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per: indennità quale serdo indennità quale serdo indennità quale serdo indennità quale serdo indennità quale cicco civile di udei rotare per: indennità quale serdo a già titolare indennità di cui è già titolare indennità di requerza indennità di cui è già titolare indennità di requerza indennità di requerza indennità di requ</b>	olare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento	
Occurse querra erogata dall'ente:       di optare per la prestazione erogata dall'ente:       Dichiarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento exart.40, comma 4 L. 289/2002[F]       multere in ease di riconescimento dell'indennità di accompagnamento quale cieco assolute       nualità di rispersentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che       on ha fruito del servizio di accompagnamento       On ha fruito del servizio di accompagnamento       Deneroleri Accompagnamento       Deneroleri Accompagnamento       Dichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità quale sordo e quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza         in caso di riconescimento di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo e quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza         nualità di rispersentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore       on a titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cectà civile, sordità civile       on de titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cectà civile, sordità civile e di voler optare per: <ul> <li>             indennità quale sincel o civile             indennità quale sincel o civile             indennità quale cieco civile             indennità quale cieco civile             indennità quale cieco civile             indennità quale cieco civile             indennità di cui è già titolare             i qia titolare persi             indennità di cui è già titolare             i qia minido civile             indennità di cui è già titolare             i qia indennità di cui è già titolare             i qia di cicco civile             indennità di cui è già titolare             i qia dinità civi</li></ul>	Causa lavoro erogato dall'ente:	
di di optare per la prestazione erogata da  eleezona.  Dichiarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento ex art.40, comma 4 L.289/2002[F]  mengliare in caso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento quale cieco assoluto  na ualità di rappresentante/i legale/i, dichiara/dichiarano che il richiedente la prestazione che  no non ha fruito del servizio di accompagnamento  ha di riconoscimento di indennità di frequenza  ha di riconoscimento di indennità di requenza  ha di arbo prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile di voler optar	Causa guerra erogata dall'ente:	
Dichiarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento ex art.40, comma 4 L. 289/2002[F]		
n qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che  non ha fruito del servizio di accompagnamento  clenco Periodi Accompagnamento  reuvo periodo accompagnamento  Dotcharazione di opzione per incompatibilità con altre indennità[I]  omplare in caso di riconascimento di indennità di frequenza o in caso di riconascimento di indennità quale sordo e quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza n qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore  nualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore  nualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore  no a titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile  a titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile  i indennità quale invalido civile i indennità quale cieco civile di voler optare per:	irazione relativa alla fruizione del servizio di acco e in caso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento qual	ompagnamento ex art.40, comma 4 L. 289/2002[F]
Inon ha fruito del servizio di accompagnamento Elenco Periodi Accompagnamento Nessun periodo insento Nessun periodo accompagnamento Dethiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità[1] ompilare in caso di riconescimento di indennità di freguenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di freguenza o in caso di riconescimento di indennità di freguenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di freguenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di freguenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di freguenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di freguenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo invalidità civile, cecità civile, sordità civile Inon è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per: Indennità quale sordo Indennità quale cieco civile di voler optare per: Indennità quale cieco civile di voler optare per: Indennità di frequenza Vindennità di frequenza	à di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richied	lente la prestazione che
Internet del servizio di accompagnamento Elenco Periodi Accompagnamento   Neasun periodo insento   Pichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità [1] ompilare in caso di riconescimento di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità guale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile Inon è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per: Indennità quale sordo Indennità quale cieco civile di voler optare per: Indennità di cui è già titolare Indennità di frequenza	ha fruito del servizio di accompagnamento	
	ruito del servizio di accompagnamento	
Neasun periode inserito         Neasun periode inserito         nuovo periodo accompagnamento    Dichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità[1]  ompitare in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso di riconoscimento di indennità quale sordo a quate cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza n qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore          In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore          Inon è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile          I indennità quale invalido civile          I indennità quale sordo          I indennità quale cieco civile         di voler optare per:         I indennità di cui è già titolare         I indennità di frequenza		
nuovo periodo accompagnamento Dichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità[1]  ompliare in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso di riconoscimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza n qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore non à titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile ti titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per:     indennità quale invalido civile     indennità quale cieco civile di voler optare per:     indennità quale cieco civile di voler optare per:     indennità di cui è già titolare     indennità di requenza	Elenco Periodi Accompagnamento	
Debiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità[1]  ompliare in caso di riconescimento di indennità di frequenza o in caso di riconescimento di indennità quale sordo e quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza n qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore onon è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per:     in indennità quale sordo     indennità quale cieco civile di voler optare per:     O Indennità di ci e già titolare     indennità di requenza     indennità di requenza	periodo accompagnamento	
<ul> <li>mipilare în case di ricenescimente di indennită di frequenza o în case di ricenescimente di indennită quale serelo e quale ciece civile per chi ê già titolare di indennită di frequenza</li> <li>n qualită di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore</li> <li>n on è titolare di altre prestazioni di indennită erogate a titolo di invalidită civile, cecită civile, sordită civile</li> <li>è titolare di altre prestazioni di indennită erogate a titolo di invalidită civile, cecită civile, sordită civile e di voler optare per:</li> <li>indennită quale invalido civile</li> <li>indennită quale cieco civile</li> <li>indennită quale cieco civile</li> <li>di voler optare per:</li> <li>indennită di cui è già titolare</li> <li>i'indennită di cui è già titolare</li> <li>i'indennită di frequenza</li> </ul>	rrazione di opzione per incompatibilità con altre i	indennitā[1]
n qualità di rappresentante/i legale/i, dichiarq/dichiarano che il richiedente la prestazione che il minore  innon è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per:  i indennità quale invalido civile i indennità quale cieco civile i indennità quale cieco civile i indennità quale cieco civile i indennità di cui è già titolare i l'indennità di frequenza	e in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso di rico	onoscimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza
di titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per: indennità quale invalido civile indennità quale cieco civile id voler optare per: Indennità/le indennità di cui è già titolare i 'indennità di frequenza	a di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il richiedo è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di inv	ente la prestazione che il minore validità civile, cecità civile, sordità civile
<ul> <li>indennită quale invalido civile</li> <li>indennită quale sordo</li> <li>indennită quale cieco civile</li> <li>di voler optare per:</li> <li>i'indennită di cui è giă titolare</li> <li>i'indennită di frequenza</li> </ul>	colare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidi	ità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per:
indennità quale sordo indennità quale cieco civile di voler optare per: ifindennità/le indennità di cui è già titolare ifindennità di frequenza	indennità quale invalido civile	
indennità quale cieco civile di voler optare per: Ilindennità/le indennità di cui è già titolare Ilindennità di frequenza	indennità quale sordo	
i di voler optare per:          I l'indennità/le indennità di cui è già titolare         I l'indennità di frequenza	indernità quale cieco civile	
<ul> <li>l'indennità/le indennità di cui è già titolare</li> <li>l'indennità di frequenza</li> </ul>	r optare per:	
O l'indennità di frequenza	I'indennità/le indennità di cui è già titolare	
	O l'indennità di frequenza	

Nel Quadro A è possibile specificare:

- se il richiedente è stato o meno ricoverato presso una o più strutture sanitarie.
- se il richiedente è titolare di altre prestazioni di indennità di accompagnamento.

- se il richiedente fruisce al servizio di accompagnamento cui si riferisce la legge 289/2002, art.40, comma 4.
- se il richiedente opti o meno per le indennità di cui è già titolare.

#### Prima sezione: Dichiarazione di responsabilità relativa allo stato ricovero

è stato ricoverato ne	ei periodi:			
		Elenco Ricoveri		
Nessuna ricovero inserito				
— Inserimento Nuc	ovo Ricovero —			
	Periodo dal: gg/mm/aaaa	08/10/2011		
	AI: gg/mm/aaaa	12/12/2011		
	Presso	Ospedale Fatebenefratelli		
	Provincia	ROMA		
	Comune	ROMA		
	Via/Piazza	Via dei Genovesi	n. 33	
	C.A.P.	00153		
a titolo gratuito c	on contributo proprio al fir	A titolo gratuito ( A totale spese proprie ( A spese proprie con contributo di ente pubblico ( e di ottenere un trattamento migliore rispetto a quello ( base		
1				

Nella prima sezione del quadro, sarà possibile specificare gli eventuali ricoveri dal periodo della domanda ad oggi presso strutture sanitarie.

Per inserire un eventuale ricovero selezionare l'opzione pulsante radio 'è stato ricoverato' e successivamente cliccare sul pulsante 'nuovo ricovero'; a questo punto sarà possibile inserire i dati relativi al ricovero tramite apposita maschera 'Inserimento Nuovo Ricovero'.

Qualora il richiedente sia stato ricoverato, sono obbligatori:

- Inizio periodo del ricovero;
- Fine periodo del ricovero;
- Struttura del ricovero;
- Provincia della struttura;
- Comune della struttura;
- Via/Piazza della struttura;
- Civico della struttura;
- Codice Avviamento Postale (C.A.P.);
- Tipologia del ricovero (a scelta tra le opzioni selezionabili attraverso pulsanti radio);

Tramite il pulsante 'Inserisci' è possibile salvare i dati inseriti nella maschera per inserimento ricoveri, oppure è possibile annullare l'operazione attraverso il pulsante 'Annulla'

#### **Elenco Ricoveri**

Dichiarazi	one di responsabilità re aso di riconoscimento dell'inden	elativa allo stato di ricov nità di frequenza, indennità di a	vero[R]		
In qualità di Cnon è st Cè stato r	rappresentante/i legale/i, di ato ricoverato icoverato nei periodi:	chiaro/dichiarano che nel per	riodo dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi:		
Elenco Ricoveri					
	Ricovero dal	al	Presso		
Dettaglio	08/10/2011	12/12/2011	Ospedale Fatebenefratelli	Elimina	
nuovo ricove	ro				

I ricoveri inseriti verranno mostrati un una tabella 'Elenco Ricoveri' dove sono descritti il periodo ricovero e il nome della struttura sanitaria.

Il tasto 'Elimina', presente alla destra di ogni ricovero, serve a eliminare definitivamente il corrispondente ricovero

compilare in c	Dichiarazione di responsabilità relativa allo stato di ricovero[R] — compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza, indennità di accompagnamento quale invalido civile e pensiene non reversibile quale cieco assoluto				
In qualità di	In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che nel periodo dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi:				
e stato	ncoverato nel periodi:		Elenco Ricoveri		
	Ricovero dal	al	Presso		
Chiudi	08/10/2011	12/12/2011	Ospedale Fatebenefratelli		
Ricovero dal-al:       08/10/2011 - 12/12/2011         Presso la struttura:       Ospedale Fatebenefratelli         Indirizzo:       Via dei Genovesi, 33 - 00153 ROMA (RM)         Spese ricovero:       a titolo gratuito         nuovo ricovero       a titolo gratuito					

E' possibile visualizzare il resto delle informazioni relative cliccando sul pulsante 'Dettaglio'

Se sono presenti già ricoveri e si seleziona l'opzione radio 'non è stato ricoverato' il sistema avvertirà l'utente tramite messaggio il quale specifica che, se si sceglie tale opzione, tutti i ricoveri inseriti verranno eliminati.

Se è presente un solo ricovero e si clicca sul pulsante 'Elimina' dell'elenco ricoveri il sistema avvertirà l'utente tramite messaggio il quale specifica che, se si procede con l'eliminazione di quest'unico ricovero ,verrà automaticamente selezionata l'opzione 'non è stato ricoverato'.

#### Seconda sezione: Dichiarazione di responsabilità relativa alla titolarità di analoga prestazione

•	compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento quale invalido civile e/o quale cieco assoluto
I	In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che
[	🕐 Non è titolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento contratta per causa di guerra, di lavoro o di servizio
(	C è titolare di altra prestazione d'indennità di accompagnamento
	Causa lavoro erogato dall'ente:
	Causa guerra erogata dall'ente: D.T.E.F. Roma
	e di optare per la prestazione erogata da 🛛 Altro Ente 💽
•	a di optare per la prestazione erogata da Atto Ente

Nella seconda sezione del quadro, l'utente può dichiarare se il richiedente la prestazione è titolare di altra prestazione d'indennità, e, qualora lo fosse, inserire le informazioni relative a questa prestazione.

Tramite i pulsanti radio è possibile selezionare se tale prestazione sia:

- per causa di lavoro
- per causa guerra

In entrambi i casi è necessario specificare il nome dell'ente che eroga tale prestazione nelle relative caselle di testo.

Successivamente è necessario dichiarare se voler optare per tale prestazione alternativa (contratta per causa lavoro o guerra) o per la prestazione erogata da INPS selezionando un valore presente nella casella combinata successivamente sottostante.

#### Terza sezione: Dichiarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento

compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento quale cieco assoluto In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che Comon ha fruito del servizio di accompagnamento Elenco Periodi Accompagnamento Elenco Periodi Accompagnamento Nessun periodo inserito Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento Periodo dal: gg/mm/aaaa 01/01/2011 Al: gg/mm/aaaa 31/12/2011 [A] INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO [I]	Dichiarazione relativa alla fruizione del servizio di accompagnamento ex art.4	0, comma 4 L. 289/2002[F]
In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che  inon ha fruito del servizio di accompagnamento  i ha fruito del servizio di accompagnamento  Elenco Periodi Accompagnamento  Nessun periodo inserito  Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento  Periodo dal: gg/mm/aaaa 01/01/2011  Al: gg/mm/aaaa 31/12/2011  INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO [I]	compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento quale cieco assoluto	
C non ha fruito del servizio di accompagnamento Elenco Periodi Accompagnamento Elenco Periodi Accompagnamento Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento Periodo dal: gg/mm/aaaa 01/01/2011 Al: gg/mm/aaaa 31/12/2011 [A] INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO [I]	In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che	
A fruito del servizio di accompagnamento   Elenco Periodi Accompagnamento   Nessun periodo inserito   Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento   Periodo dal: gg/mm/aaaa   01/01/2011   Al: gg/mm/aaaa   31/12/2011     [A] INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO     [I]	C non ha fruito del servizio di accompagnamento	
Elenco Periodi Accompagnamento Nessun periodo inserito  Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento Periodo dal: gg/mm/aaaa 01/01/2011 Al: gg/mm/aaaa 31/12/2011  [A] INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO [I]	ha fruito del servizio di accompagnamento	
Nessun periodo inserito         Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento         Periodo dal: gg/mm/aaaa         01/01/2011         Al: gg/mm/aaaa         31/12/2011	Elenco Periodi Accompagnamento	
Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento         Periodo dal: gg/mm/aaaa       01/01/2011         Al: gg/mm/aaaa       31/12/2011         INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO       [1]	Nessun periodo inserito	
Periodo dal: gg/mm/aaaa 01/01/2011 Al: gg/mm/aaaa 31/122011 ANNULLA <sup>[A]</sup> INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO <sup>[1]</sup>	Inserimento Nuovo Periodo di Accompagnamento	
Periodo dal: gg/mm/aaaa 01/01/2011 Al: gg/mm/aaaa 31/12/2011 ANNULLA <sup>[A]</sup> INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO <sup>[1]</sup>		
Al: gg/mm/aaaa 31/12/2011           Al: gg/mm/aaaa         31/12/2011           ANNULLA         [A]           INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO         [I]	Periodo dal: gg/mm/aaaa 01/01/2011	
ANNULLA [A] INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO [1]	Al: gg/mm/aaaa 31/12/2011	
		ANNULLA [A] INSERISCI ACCOMPAGNAMENTO [1]

Nella terza sezione del quadro, l'utente può dichiarare se il richiedente la prestazione usufruisce o meno del servizio di accompagnamento secondo le relative disposizioni legislative.

Per inserire un periodo in cui è stato erogato tale servizio cliccare sul pulsante 'Nuovo periodo di accompagnamento', a questo punto sarà possibile inserire i dati relativi al periodo tramite apposita maschera 'Inserimento Nuovo Periodo Accompagnamento'.

I campi obbligatori per l'inserimento sono:

- Periodo Dal;
- Periodo Al

Tramite il pulsante 'Inserisci' è possibile salvare i dati inseriti nella suddetta maschera, oppure è possibile annullare l'operazione attraverso il pulsante 'Annulla'.

#### Elenco Periodi Accompagnamento

compagnamento quale cieco	assoluto				
chiarano che					
.0					
mpagnamento					
al	Elimina				
	sompagnamento quale cieco chiarano che co	sompagnamento quale cieco assoluto ;hiarano che o ompagnamento	sompagnamento quale cieco assoluto chiarano che co ompagnamento	ompagnamento mpagnamento	ompagnamento mpagnamento

I periodi inseriti verranno mostrati un una tabella 'Elenco Periodi Accompagnamento' dove sono descritti i periodi 'Dal' e 'Al' relativi.

Il tasto 'Elimina', presente sull'ultima colonna a destra di ogni riga dei periodi permette di eliminare definitivamente il periodo relativo.

Se sono presenti già periodi e si seleziona l'opzione radio 'non ha fruito del servizio di accompagnamento' il sistema avvertirà l'utente tramite messaggio il quale specifica che, se si sceglie tale opzione, tutti i periodi inseriti verranno eliminati.

Se è presente un solo periodo e si clicca sul pulsante 'Elimina' dell'elenco periodi il sistema avvertirà l'utente tramite messaggio il quale specifica che, se si procede con l'eliminazione di quest'unico periodo ,verrà automaticamente selezionata l'opzione 'non ha fruito del servizio di accompagnamento'.

#### Quarta sezione: Dichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità

- Dichiarazione di onzione per incompatibilità con altre indennità[1]
compilare in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso di riconoscimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza
Dichiaro sotto la mia responsabilità
Cnon sono titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile
sono titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per:
indennità quale invalido civile
indennità quale sordo
indennità quale cieco civile
e di voler optare per:
C l'indennità/le indennità di cui è già titolare
C l'indennità di frequenza

Nella quarta sezione del quadro, l'utente può dichiarare se il richiedente la prestazione è titolare o meno di altre prestazioni quali sordo, cieco o invalido civile, e se voglia optare per tali indennità o indennità di frequenza.

Qualora dichiari la titolarità di tali indennità è necessario scegliere almeno una delle opzioni, e successivamente scegliere di optare o meno per l'indennità di frequenza.

Dichiarazione di opzione per incompatibilità con altre indennità[1]
compilare in caso di riconoscimento di indennità di frequenza o in caso di riconoscimento di indennità quale sordo o quale cieco civile per chi è già titolare di indennità di frequenza
In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano che il minore
Cnon è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile
) è titolare di altre prestazioni di indennità erogate a titolo di invalidità civile, cecità civile, sordità civile e di voler optare per:
indennità quale invalido civile
indennità quale sordo
indennità quale cieco civile
e di voler optare per:
C l'indennità/le indennità di cui è già titolare
C l'indennità di frequenza
Messaggio opzione per incompatibilità con altre indennità
E' stata selezionata l'opzione con la quale si sceglie di optare per l'indennità/le indennità di cui il soggetto è già titolare. A questo punto l'AP70 non va più avanti e c'è la reiezione della domanda di concessione della frequenza. Continuare?
CONFERMA ANNULLA
SALVA [5]

Se si sceglie l'opzione pulsante radio 'indennità/le indennità di cui è già titolare' il sistema avvertirà l'utente tramite messaggio che l'autocertificazione automaticamente non andrà più avanti e che ci sarà la reiezione della domanda di concessione della frequenza.

Se si sceglie di proseguire attraverso il tasto 'conferma' verranno eseguite automaticamente le seguenti operazioni:

- Tutti i dati inseriti nel quadro verranno salvati.
- Verrà effettuato l'invio di tutta l'AP70 con i soli dati inseriti nel presente quadro
- Si verrà reindirizzati alla pagina 'Invio' dove il sistema avvertirà che l'invio è stato eseguito

A questo punto è possibile solo consultare e stampare l'AP70.

Tramite il pulsante 'Salva' è possibile salvare i dati inseriti nella prima sezione del quadro.

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Cancellazione quadro

Si desidera cancellare il corrente quadro?

CONFERMA [C] ANNULLA [A]

In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione.

### Quadro B

invalidità civile

### Domande Invalidità Fase Concessoria

Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI  ADRO 8  Met de D.R. 201/20200 n.045  Della consessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 3/13  Dolla constattività e scali riconsessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 3/13  Dolla constattività e scali riconsessione e l'erogazione delle della domanda (07/10/2011) ad oggi  NON svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa  volgo/e etNON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa  Dal: go/mn/baaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €  volgo/e docupato et L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)  Dal: go/mn/baaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €  con un reddito a	Sede di pertinenza: PESCARA	
Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI         NOR 8 mendi socia ecconnelli necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 3/13         Dichiarzione sostitutiva ex art.1 comma 35 L. 24/12/2007 n. 247 relativa allo svolgimento di attività lavorativa         compilara in caso di ricensecimento d'invalidità civile parziale (dal 74%)         In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa         svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa         con un reddito annuo imponibile pari a: €         con un reddito annuo imponibile pari a: €         bai: gg/mm/aaaa         con un reddito annuo imponibile pari a: €		
SNR0 B         Berli socio-conomici neccessi per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 3/13         Dichiarzione sostitutiva ex art.1 comma 35 L. 24/12/2007 n. 247 relativa allo svolgimento di attività lavorativa         compilare in caso di riconoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74%)         In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi         NNN svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa         svolgo/e attività lavorativa         Dal: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         no/h a svolto attività lavorativa         Dal: gg/mm/aaaa         A: gg/mm/aaaa         A: gg/mm/aaaa         A: gg/mm/aaaa         A: gg/mm/aaaa         A: gg/mm/aaaa         A: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €	Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI	
Dichiarazione sostitutiva ex art.1 comma 35 L. 24/12/2007 n. 247 relativa allo svolgimento di attività lavorativa compllare in case di riconscienento d'invalidità civile parziale (dal 74%)  In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) al oggi NNN svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa svolgo/e attività lavorativa Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € Sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Digs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro) Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € Sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Digs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro) Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € Con un reddito annuo imponibile pari a:	ici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 3/13 20 n.445)	
compliane in case di riconescimento d'invalidità civile parziale (dal 7496)  In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi NNN svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa svolgo/e attività lavorativa Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €	stitutiva ex art.1 comma 35 L. 24/12/2007 n. 247 relativa allo svolgimento di attività lavorativa —	
In yealità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi NON svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa svolgo/e attività lavorativa Dai: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: ¢ sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e DIgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro) Dai: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: ¢ ho/ha svolto attività lavorativa Dai: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: ¢ Dai: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: ¢ Con un reddito annuo imponibile pari a: ¢	onoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74%)	
<ul> <li>NON svolgo/e e NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa</li> <li>svolgo/e attività lavorativa</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> <li>sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> <li>ho/ha svolto attività lavorativa</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> </ul>	sentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi	
svolgo/e attività lavorativa   Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €   sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)   Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €   ho/ha svolto attività lavorativa   Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €   con un reddito annuo imponibile pari a: €   Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €   Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €   Con un reddito annuo imponibile pari a: €   Con un reddito annuo imponibile pari a: €	NON ho/ha mai svolto alcuna attività lavorativa	
Dal: gg/mm/aaaa   con un reddito annuo imponibile pari a: €     sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)   Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €     ho/ha svolto attività lavorativa   Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €     Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €     Dal: gg/mm/aaaa   Con un reddito annuo imponibile pari a: €     Con un reddito annuo imponibile pari a: €   Con un reddito annuo imponibile pari a: €    Con un reddito annuo imponibile pari a: €    Con un reddito annuo imponibile pari a: €    Con un reddito annuo imponibile pari a: €    Con un reddito annuo imponibile pari a: €    Con un reddito annuo imponibile pari a: €	a lavorativa	
Con un reddito annuo imponibile pari a: C sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e DIgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro) Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: C ho/ha svolto attività lavorativa Dal: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: C con un reddito annuo	Dal: on/mm/aaaa	
<ul> <li>sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)         <ul> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> <li>ho/ha svolto attività lavorativa</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Al: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> </ul> </li> <li>sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> <li>con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> </ul>	annuo imponibile pari a: €	
sono/è occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e DIgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)         Dal: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         ho/ha svolto attività lavorativa         Al: gg/mm/aaaa         Al: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e DIgs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)         Dal: gg/mm/aaaa         Al: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         Con un reddito annuo imponibile pari a: €		
Dal: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         ho/ha svolto attività lavorativa         Dal: gg/mm/aaaa         Al: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)         Dal: gg/mm/aaaa         Al: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €         Con un reddito annuo imponibile pari a: €	o ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)	
Con un reddito annuo imponibile pari a: C ho/ha svolto attività lavorativa Dal: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e DIgs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro) Dal: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €	Dal: gg/mm/aaaa	
<ul> <li>ho/ha svolto attività lavorativa</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Al: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> <li>sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Al: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> </ul>	annuo împonibile pari a: €	
<ul> <li>ho/ha svolto attività lavorativa</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Al: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> <li>sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)</li> <li>Dal: gg/mm/aaaa</li> <li>Al: gg/mm/aaaa</li> <li>Con un reddito annuo imponibile pari a: €</li> </ul>		
Dal: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € Dal: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €	tivită lavorativa	
Al: gg/mn/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: € Dal: gg/mn/aaaa Al: gg/mn/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €	Dal: gg/mm/aaaa	
Con un redaito annuo imponibile pari a: C sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Digs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro) Dal: gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: C	Al: gg/mm/aaaa	
sono/è stato occupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Digs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)         Dal: gg/mm/aaaa         Al: gg/mm/aaaa         Con un reddito annuo imponibile pari a: €	annuo imponibile pari a: €	
Dal; gg/mm/aaaa Al: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €	cupato ex L. 12 marzo 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 . 276 (Cooperative sociali e convenzioni - quadro)	
Al: gg/mm/aaaa Con un reddito annuo imponibile pari a: €	Dal: gg/mm/aaaa	
Con un reddito annuo imponibile pari a: €	Al: gg/mm/aaaa	
	annuo imponibile pari a: €	
	contanto/i legalo/i dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi	
Dictinal azzine ur Opzinie – In mialità di contessanta di locale /i dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad onni	Vare di altre prestazioni eronate a titolo di invalidità	
In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi		
In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi  NON sono/è titolare di altre prestazioni erogate a titolo di invalidità	e nor la prestazione economica econata da Seleziona -	
In qualità di rappresentante/i legale/i, dichiaro/dichiarano dalla data della domanda (07/10/2011) ad oggi  NON sono/è titolare di altre prestazioni erogate a titolo di invalidità  sono/è titolare della seguente prestazione di invalidità erogata da altro ente:	e per la prestazione economica elogata da [otezionia]*	

Nel Quadro B il richiedente, con età compresa tra i 18 e i 65 anni, può, se il quadro è attivo, specificare se presta o ha prestato qualche attività lavorativa e se è titolare di altre prestazioni erogate a titolo di invalidità.

#### Prima sezione: Dichiarazione sostitutiva relativa allo svolgimento di attività lavorativa

Se il richiedente dichiara di prestare attualmente una attività lavorativa è obbligatorio specificare i campi relative alle seguenti opzioni:

#### Svolgo/e attività lavorativa

- o Data inizio attività (Dal);
- o Reddito imponibile;

#### • Sono/è occupato

- Data inizio attività (Dal);
- o Reddito imponibile;

#### • Ho/ha svolto attività lavorativa

- Data inizio attività (Dal);
- o Data inizio attività (AI);
- o Reddito imponibile;

#### • Sono/è stato occupato

- Data inizio attività (Dal);
- Data inizio attività (AI);
- o Reddito imponibile;

#### Seconda sezione: Dichiarazione di opzione

Tramite questa sezione il richiedente dichiara di essere titolare di altra prestazione di invalidità, descrive quale ente eroga tale prestazione e decide o meno di optare per la suddetta prestazione.

Selezionando l'opzione pulsante radio 'sono/è titolare della seguente prestazione di invalidità', sarà necessario valorizzare tutti i campi che seguono l'opzione.

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Cancellazione quadro	Si desidera cancellare il corrente quadro?	
		CONFERMA <sup>[C]</sup> ANNULLA <sup>[A]</sup>

In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione.

### 4. Quadro B1

invalidită civile Domande Invalidită Fase Concessoria mod. Autocert COD.AP70 Utente connesso: Prove Tecniche
= Anagrafica QuadroA QuadroB QuadroB1 QuadroB2 QuadroD QuadroE QuadroF QuadroF1 QuadroG QuadroH Allegati Invio
es es es
Sede di pertinenza: PESCARA
Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI
QUADRO B1         Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 4/13 <ul> <li>(a) sensi del D.P.R. 28/12/2020 n.445)</li> </ul> Indennità di frequenza per l'istruzione obbligatoria         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.         Il/La sottoscritto/a rappresentante legale       dichiaro, consapevole delle sanzioni penali ex-art 76 D.P.R.445/2000 previste per le ipotesi di dichiarazioni false, ai fini della concessione dell'indennità di frequenza ex-art. 1 comma 3 L.289/1900, che il minore è attualmente iscritto, o è stato iscritto dalla data della domanda ad oggi, alla/e classe/i:
Elenco Iscrizioni
Nessuna iscrizione inserita
Nuova iscrizione Per tutta la durata dell'obbligo formativo scolastico non dev'essere più presentata alcuna istanza di rinnovo annuale. È obbligatorio comunicare l'eventuale interruzione della frequenza ai suddetti corsi scolastici nonché eventuali variazioni d'istituto.
Per tutta la durata dell'obbligo formativo scolastico non dev'essere più presentata alcuna istanza di rinnovo annuale. È obbligatorio comunicare l'eventuale interruzione della frequenza ai suddetti corsi scolastici nonché eventuali variazioni d'istituto.

#### sezione: Indennità di frequenza per l'istruzione obbligatoria

Nel caso il Quadro B1 sia attivo, il legale rappresentante può specificare, nel caso di richiedente minorenne, se quest'ultimo frequenta scuole pubbliche o private che impartisco l'istruzione obbligatoria.

compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di freq	uenza ai minori di età compresa tra i 5/6 anni e i 15/16 ann	i che frequentino scuole pubbliche o private che impartiscono l'istruzione obbligatoria.
I/La sottoscritto/a rappresentante legale	dichiaro, consapevole delle sa requenza ex-art. 1 comma 3 L.289/1900, che il n	nzioni penali ex-art 76 D.P.R.445/2000 previste per le ipotesi di dichiarazioni ninore è attualmente iscritto, o è stato iscritto dalla data della domanda ad oggi,
alla/e classe/i:		
	Elenco Iscrizion	i
Nessuna iscrizione inserita		
— Inserimento nuova iscrizione ———		
alla scuola primaria dell'obbligo 1° anno -	elementare	
alla squola secondaria di Lorado	-	
	11a	
C alla scuola secondaria di II grado	ona 💌	
presso la struttura: 🔎 pubblica 🥂 p	ivata	
Anno di iscrizione:	2011/2012	
Codice Fiscale/Partita IVA:		Verifica
Denominazione:	Scuola Statale "Elsa Morante"	
Indirizzo:	Piazza G.L. Bernini	
Civico:	26	
C.A.P.:	00100	
Provincia:	ROMA	
Comune:	ROMA	
FAX:	06	<b>—</b>
E-mail:	emorante@libero.it	
E-mail certificata (PEC):	emorante@mypec.it	
Sede legale:		

E' possibile inserire una o più iscrizioni cliccando sul pulsante 'Nuova Iscrizione': apparirà una maschera dove sarà necessario valorizzare tutti i seguenti campi:

- Tipo ordine di scuola (scuola primaria dell'obbligo, scuola secondaria di I grado, scuola secondaria di II grado)
- Presso la struttura (pubblica o privata)

- Anno d'iscrizione
- Codice Fiscale/ P.Iva della struttura
- Nome della struttura
- Indirizzo della struttura
- Civico della struttura
- Codice Avviamento Postale) C.A.P. della struttura
- Provincia della struttura
- Comune della struttura

Sarà possibile inserire inoltre altre informazioni riguardanti i contatti della scuola (Telefono, Fax ecc...)

Tramite il pulsante 'Inserisci' è possibile salvare i dati inseriti nella suddetta maschera, oppure è possibile annullare l'operazione attraverso il pulsante 'Annulla'.

#### Elenco Iscrizioni

	Compilare in o Il/La sotto: false, ai fin alla/e class	caso di ricono: scritto/a ra i della conc se/i:	scimento ppreser essione	dell'indennità di frequenza ai minori di età compresa tra i 5/6 anni e i 15/16 anni che frequen tante legale dichiaro, consapevole delle sanzioni pena dell'indennità di frequenza ex-art. 1 comma 3 L289/1900, che il minore è att	tino scuole pubbliche o private che im li ex-art 76 D.P.R.445/2000 pi ualmente iscritto, o è stato iscri	partiscono l'is reviste per tto dalla da	struzione obbligat le ipotesi di di ta della doman	<sup>oria.</sup> chiarazioni da ad oggi,
				Elenco Iscrizioni				
		Anno	Grado	Scuola	Comune	Provincia	C.F./P.IVA	
	Dettaglio	2011/2012	1e	Scuola Statale "Elsa Morante"	ROMA	RM		Elimina
	Nuova iscriz Per tutta la frequenza a	zione n durata de ni suddetti c	ll'obblig orsi sco	o formativo scolastico non dev'essere più presentata alcuna istanza di rinnov lastici nonché eventuali variazioni d'istituto.	o annuale. È obbligatorio comu	nicare l'eve	entuale interru:	zione della
L								ELIMINA

Le iscrizioni inserite verranno mostrati un una tabella 'Elenco Iscrizioni' dove sono descritti:

- Anno d'iscrizione
- Grado (codificato da una stringa di 2 caratteri: il primo carattere fa riferimento al grado d'iscrizione, il secondo all'ordine d'iscrizione)
- Scuola
- Comune
- Provincia
- Codice Fiscale / Partita Iva della struttura

Il tasto 'Elimina', presente alla destra di ogni iscrizione, serve a eliminare definitivamente la corrispondente iscrizione.

Indennità di frequenza per l'istruzione obbligatoria									
	Elenco Iscrizioni								
Anno Grado	Scuola	Comune	Provincia	C.F./P.IVA					
<u>Chiudi</u> 2011/2012 1e	Scuola Statale "Elsa Morante"	ROMA	RM	11111111111					
Anno iscrizione: Grado di istruzione: Indirizzo: Telefono: FAX: E-mail: PEC: C.F./P.IVA:	2011/2012 1º anno della scuola primaria dell'obbligo (elementari) Piazza G.L. Bernini, 26 - 00100 ROMA (RM) 06- 06- emorante@libero.it emorante@mypec.it								

E' possibile visualizzare il resto delle informazioni relative cliccando sul pulsante 'Dettaglio'

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

	Cancellazione quadro Si desidera cancellare il corrente quadro?	
		CONFERMA [C] ANNULLA [A]
In ta	ale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.	

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione.

## 5. Quadro B2

validità civile	Domande Invalidità Fase Concessori
	mod. Autocert COD.AP70
Anagrafica QuadroA QuadroB QuadroB1 QuadroB2 QuadroD QuadroE	QuadroF QuadroF1 QuadroG QuadroH Allegati Invio
a a a a	
	Sede di pertinenza: PESCARA
Invalidità C	Civile - TEST TUTTI I QUADRI
QUADRO 82 Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle pr	restazioni di invalidità civile - 5/13
- Indennità di frequenza per gli altri tini di formazione (diversi d	da quella obbligatoria)
Compilare in caso di riconoscimento dell'indoni di frequenza di minori che raque addestramento finalizzato al reinserimento, centri specializzati nel trattamente terape	na que na obcume obcumento na nano assili nido, scuole materne, scuole secondarie di II grado oltre il periodo di obbligo formativo, centri di formazione o nutio co di riabilitazione pubblici o privati in regime convenzionale.
II/La sottoscritto/a rappresentante legale dichiaro, co della concessione dell'indennità di frequenza ex-art. 1 comma 3 L.289/1900 seguenti corsi formativi:	nnsapevole delle sanzioni penali ex-art 76 D.P.R.445/2000 previste per le ipotesi di dichiarazioni false, ai fini ), che il minore frequenta regolarmente, o ha frequentato dalla data della domanda( <b>07/10/2011</b> ) ad oggi, i
	Elenco Frequenze
Nessuna frequenza inserita	
Nuova frequenza	
N.B.: consegnare alla sede INPS territorialmente competente o al patron durata e della frequenz prevista per il corso e dell'effettiva frequenza da	iato, la certificazione di frequenza in originale, rilasciata dalla scuola o dal centro, con l'indicazione della parte dell'interessato.

#### sezione: Indennità di frequenza per gli altri tipi di formazione

Nel Quadro B2 è possibile specificare, nel caso di richiedente minorenne, se frequenta scuole pubbliche o private diverse dalle scuole dell'obbligo.

Tipo di struttura:	Centro ambulatoriale o centro diurno, anche di tipo semiresidenziale, pubblico o privato, purché operante in regime     convenzionale, specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici     di handicap
	Asilo nido
	Scuola dell'infanzia
	Terzo anno della Scuola secondaria di II grado
	Quarto anno della Scuola secondaria di II grado
	Quinto anno della Scuola secondaria di II grado
	Centro di formazione o di addestramento protessionale finalizzato al reinserimento sociale
Convenzione:	pubblico/a
Frequenza al corso:	1 volta a settimana
Finalità del corso:	Riabilitazione fisica
Durata del corso dal:	1 💌 Gennaio 💌 2013 💌 al: 31 💌 Dicembre 💌 2013 💌
Frequenza effettiva dal:	1 💌 Gennaio 💌 2013 🔍 al: 1 🔍 Luglio 🔍 2013 🔍 idem c.s.
Presso la struttura:	
Codice Fiscale/Partita IVA:	Verifica
Denominazione [Alt+d]:	Dspedale Civile "Spirito Santo"
Indirizzo:	/ia Nazionale Adriatica
Civico:	
C.A.P.:	35100
Provincia:	PESCARA
Comune:	PESCARA
Telefono:	285
FAX:	850
E-mail:	mail@OCPE it
E-mail certificata (PEC):	pec@OCPEmypec.it
Sede legale:	escara (se diversa dall'indirizzo su indicato)
Sede legale.	

E' possibile inserire una o più frequenze cliccando sul pulsante 'Nuova Frequenza' : apparirà una maschera dove sarà necessario valorizzare tutti i seguenti campi:

- Tipo di struttura (elenco selezionabile);
- Convenzione;
- Durata corso Dal;

- Durata corso Al;
- Frequenza effettiva Dal;
- Codice Fiscale / Partita Iva;
- Denominazione della struttura
- Indirizzo
- Civico
- Codice Avviamento Postale (C.A.P.)

Sarà possibile inserire inoltre altre informazioni riguardanti i contatti della struttura (Telefono, Fax ecc...)

Tramite il pulsante 'Inserisci' è possibile salvare i dati inseriti nella suddetta maschera, oppure è possibile annullare l'operazione attraverso il pulsante 'Annulla'.

#### **Elenco Frequenze**

— Indennità di frequenza per gli altri tipi di formazione (diversi da quella obbligatoria) — Compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza ai minori che frequentano asili nidol, scuole materne, scuole secondarie di II grado oltre il periodo di obbligo formativo, centri di formazione o addestramento finalizzato al reinserimento, centri specializzati nel trattamente terapeutio co di riabilitzione pubblici o privati in regime convenzionale. Il/La sottoscritto/a rappresentante legale dichiaro, consapevole delle sanzioni penali ex-art 76 D.P.R.445/2000 previste per le ipotesi di dichiarazioni false, ai fini della concessione dell'indennità di frequenza ex-art. 1 comma 3 L.289/1900, che il minore frequenta regolarmente, o ha frequentato dalla data della domanda(07/10/2011) ad oggi, i seguenti corsi formativi:								
			Elenco Frequenze					
	Durata dal			Comune	Provincia			
Dettaglio	01/01/2013	31/12/2013	Ospedale Civile "Spirito Santo"	PESCARA	PE		Elimina	
Nuova frequenza N.B.: consegnare alla sede INPS territorialmente competente o al patronato, la certificazione di frequenza in originale, rilasciata dalla scuola o dal centro, con l'indicazione della durata e della frequenz prevista per il corso e dell'effettiva frequenza da parte dell'interessato.								

Le frequenze inserite verranno mostrate in una tabella 'Elenco Frequenze' dove sono descritti:

- Durata Dal;
- Durata AI;
- Scuola
- Comune
- Provincia
- Codice Fiscale / Partita Iva della struttura

Il tasto 'Elimina', presente alla destra di ogni frequenza, serve a eliminare definitivamente la corrispondente frequenza.

	aal					
Chiudi	01/01/2013	31/12/2013	Ospedale Civile "Spirito Santo"	PESCARA	PE	111111111111111
	Tipologia st	ruttura: Ce	ntro ambulatoriale o centro diurno, anche di tipo	semiresidenziale, pubblico o privato, purche	é operante in regime co	nvenzionale, specializzati
trattame	ento terapeu	tico o nella r	abilitazione e nel recupero di persone portatrici o	di handicap		
	Conve	nzione: Pul	oblico			
	Finalità de	I corso: Ria	bilitazione fisica			
	Durata	dal-al: 01	/01/2013 - 31/12/2013			
Effettiva dal-al: 01/01/2013 - 01/07/2013						
Indirizzo: Via Nazionale Adriatica, 1 - 65100 PESCARA (PE)						
Telefono: 085						
FAX: 085						
E-mail: mail@OCPE.it						
PEC: pec@CPEmypec.it						
	C.F.	/P.IVA:				
	Sede	Legale: Pe	scara			
Nuova fre	equenza					
B . con	segnare alla	sede INPS	territorialmente comnetente o al natronato, la	a certificazione di frequenza in originale.	rilasciata dalla scuola	o dal centro, con l'india

E' possibile visualizzare il resto delle informazioni relative cliccando sul pulsante 'Dettaglio'

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Cancellazione quadro	Si desidera cancellare il corrente quadro?	
		CONFERMA <sup>[C]</sup> ANNULLA <sup>[A]</sup>

In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione.

### 6. Quadro D

Augenite Quadred <th>lidită civile</th> <th>Domande Invalidità Fase Concessor mod. Autocert COD.AP7</th>	lidită civile	Domande Invalidità Fase Concessor mod. Autocert COD.AP7
Name         Operation         Ope		Utente connesso: Prove Teci
Bed i pertinenza: ROMA EUR      Invalidità Civie - TEST TUTTI I QUADRI      CONSTRUENTE      CONSTRUENT	Anagrafica QuadroA QuadroB QuadroH	QuadroB2 QuadroD QuadroF QuadroF1 QuadroS QuadroH Allegali Invio
Sed di pertinenza: ROMA DUM  Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI  Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI  Invalidità Civile - TEST TUTTI QUADRI  Invalidità Civile - TEST TUTTI QUADRI  Invalidità Civile - CEST VIII QU	x x	
Livelidit Circle - ESTUTTI LQUADRI		Sede di pertinenza: ROMA EUR
Nexus D  Provide 30 B J J J J J J J J J J J J J J J J J J		Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI
UNDER UP         There is a concession or a fore operation of a fore operation operatin operatin operation operation operation operation op		
Dichiarzione relativa ai redditi  Compare equino degli unit per i guali anti per i guali al prestantami caso di riconeccimento d'invalidità civile parziale (dal 74%), invalidità totale (pensione), indemità di freguenza, pensione inversionali de cecci vici (daggiotte maggiorenne), pensione mini riversitti quali e and.'  Dichiaro sotto la mia responsabilità che relativamente all'anno di presentazione della domanda:      on possiedo redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che seque:  Dichiara inotre che il conige  roopsiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati  roop possiedo, edito alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati  roop possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati  roop possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati  roop possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati  roop possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati  roop possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati  roop possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati.  Possioni estre  Possioni estre  Possioni estre  Novoo Reddito  Novoo Reddito  Novoo Reddito  Reipliogo Pensioni Estere  Reipliogo Pensioni Estere  Reipliogo Pensioni Estere  Reipliogo Pensioni Estere  Novoa Pensione  Novoa Pensione  Reipliogo Pensioni Estere  Novoa Pensione  Nov	UADRO D lementi socio-economici necessari per la ci i sensi del D.P.R. 28/12/2008 n. 445)	oncessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 6/13
In the per segund begin per segund is not per segund is driven alla persentazione das dri ricosscimenta d'invalidità civile parsiale (dal 74%), invalidità totale (pensione), indannità di frequenza, pensione   Inchiaro sotto la mia responsabilità che relativamente all'anno di presentazione della domanda:   Image: Image	— Dichiarazione relativa ai redditi —	
Dichiaro sotto la mia responsabilità che relativamente all'anno di presentazione della domanda: <ul> <li>non possiedo redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:</li> <li>Dichiara inoltre che il coniuge relativamente all'anno di presentazione della domanda:</li> <li> <ul> <li>non possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati,</li> <li>non possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati</li> <li> <ul> <li>possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati</li> </ul> </li> <li> <ul> <li>possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati,</li> <li>i redditi riportati nel quadro che segue:</li> </ul> </li> <li> <ul> <li>Possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati,</li> <li>i redditi riportati nel quadro che segue:</li> </ul> </li> <li> <ul> <li>Possiede redditi inserto</li> <li>Riepilogo Redditi</li> </ul> </li> </ul> </li> <li> <ul> <li>Nuovo Reddito</li> </ul> </li> <li> <ul> <li>Ponsioni estere</li> <li>NoN sono titolare di pensioni/rendite estere</li> <li>i sono titolare dile seguenti pensioni/rendite estere</li> </ul> </li> <li> <ul> <li>Riepilogo Pensioni Estere</li> </ul> </li> <li> <ul> <li>Nuova Pensione</li> </ul> </li> </ul>	(compilare per ognuno degli anni per i quali è r non riversibile quale cieco civile (soggetto mag	conosciuto il diritto alla prestazionein caso di riconoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74%), invalidità totale (pensione), indennità di frequenza, pensione jorenne), pensione non riversibile quale sordo.)
Image: In one possiedo redditi oftre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati   Image: Internet	Dichiaro sotto la mia responsabilità che re	ativamente all'anno di presentazione della domanda:
<ul> <li>possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:</li> <li>Dichiara inoltre che il coniuge: relativamente all'anno di presentazione della domanda:         <ul> <li>non possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati</li> <li>possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati</li> <li>possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:</li> <li>Riepilogo Redditi</li> </ul> </li> <li>Nessuna reddito inserito         <ul> <li>NON sono titolare di pensioni/rendite estere</li> <li>sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere</li> <li>Riepilogo Pensioni Estere</li> </ul> </li> <li>Nova Pensione</li> </ul>	non possiedo redditi oltre alle ;	pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati
Dichiara inoltre che il coniuge endotti oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati	possiedo, oltre alle pensioni er	ogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:
In on possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue: Riepilogo Redditi Nuovo Reddito   Nuovo Reddito   Pensioni estere Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre che NON sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere Sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere Riepilogo Pensioni Estere Nessuna pensione estera insarita Nuova Pensione	Dichiara inoltre che il conjuge	elativamente all'anno di presentazione della domanda:
possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:   Riepilogo Redditi     Muovo Reddito     Pensioni estere   Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre che      NON sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere     Sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere     Nessuna pensione estera inserita     Nova Pensione	C non possiede redditi oltre alle	pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati
Riepilogo Redditi         Nessuna reddito inserito         Nuovo Reddito    Pensioni estere	possiede, oltre alle pensioni er	ogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:
Nessuna reddito inserito         Nuovo Reddito         - Pensioni estere         Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre che <ul> <li>NON sono titolare di pensioni/rendite estere</li> <li>sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere</li> </ul> <ul> <li>Riepilogo Pensioni Estere</li> </ul> Nessuna pensione estera inserita       Nuova Pensione		Riepilogo Redditi
Nuovo Reddito         - Pensioni estere         Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre che <ul> <li>NON sono titolare di pensioni/rendite estere</li> <li>sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere</li> </ul> <ul> <li>sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere</li> <li>Riepllogo Pensioni Estere</li> </ul> Nuova Pensione	Nessuna reddito inserito	
- Pensioni estere Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre che   NON sono titolare di pensioni/rendite estere   sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere  Riepilogo Pensioni Estere  Nessuna pensione estera inserita Nuova Pensione  SALVA [	Nuovo Reddito	
- Pensioni estere Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre che  NON sono titolare di pensioni/rendite estere  sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere  Riepilogo Pensioni Estere  Nessuna pensione estera inserita Nuova Pensione  SALVA		
Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre che          Image: MON sono titolare di pensioni/rendite estere         Image: Sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere         Image: Sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere         Riepilogo Pensioni Estere         Nessuna pensione estera inserita         Nuova Pensione	- Pensioni estere	
NON sono titolare di pensioni/rendite estere  sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere  Riepilogo Pensioni Estere  Nessuna pensione estera inserita Nuova Pensione  SALVA	Dichiaro sotto la mia responsabilità inoltre	che
sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere      Riepilogo Pensioni Estere      Nessuna pensione estera inserita      Nuova Pensione      SALVA	C NON sono titolare di pensioni/r	endite estere
sono titolare delle seguenti pensioni/rendite estere      Riepilogo Pensioni Estere      Nessuna pensione estera inserita      Nuova Pensione      SALVA		
Riepilogo Pensioni Estere Nessuna pensione estera Inserita Nuova Pensione SALVA	sono titolare delle seguenti per	nsioni/rendite estere
Nessuna pensione estera inserita Nuova Pensione SALVA		Dianilago Dancioni Estara
Nuova Pensione Satura Interna	Nerrupa peorione estera iorarita	Kiepilogo Pensioni Estere
SALVA	Nuova Pensione	
SALVA		
SALVA		
		SALVA [F

Nel Quadro D è possibile inserire i redditi e le pensioni relative al richiedente ed al suo eventuale coniuge.

#### Prima sezione: Dichiarazione relativa ai redditi

La prima sezione gestisce eventuali redditi del richiedente e, qualora quest'ultimo sia coniugato, del coniuge.

a) Qualora il richiedente non sia coniugato sarà visualizzata una sola sezione, cos' come visualizzato nella figura sottostante:

٢	— Dichiar	azione relativa ai redditi	1
	(compilare non rivers	s per ognuno degli anni per i quali è riconosciuto il diritto alla prestazionein caso di riconoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74%), invalidità totale (pensione), indennità di frequenza, pensione ibile quale cieco civile (soggetto maggiorenne), pensione non riversibile quale sordo.)	
l	Dichiaro s	sotto la mia responsabilità che relativamente all'anno di presentazione della domanda:	ĺ
	C	non possiedo redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati	
	C	possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:	

b) Se il richiedente è coniugato, l'unica sezione visibile sarà divisa in due parti, come mostrato di seguito:

	Dichiara	azione relativa ai redditi
	(compilare non riversi	per ognuno degli anni per i quali è riconosciuto il diritto alla prestazionein caso di riconoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74%), invalidità totale (pensione), indennità di frequenza, pensione bile quale cieco civile (soggetto maggiorenne), pensione non riversibile quale sordo.)
	Dichiaro s	otto la mia responsabilità che relativamente all'anno di presentazione della domanda:
	C	non possiedo redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati
	C	possiedo, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e/o ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:
	Dichiara ir	noltre che il coniuge relativamente all'anno di presentazione della domanda:
	0	non possiede redditi oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati
	C	possiede, oltre alle pensioni erogate dall'INPS e ai trattamenti presenti nel Casellario dei pensionati, i redditi riportati nel quadro che segue:

#### **Riepilogo Redditi**

Lavoro dipendente e assimilato prestato in Italia	2011	Titolare	€ 20.000,00	01/01/2011	31/12/2011	X
Lavoro dipendente e assimilato prestato in Italia	2011	Coniuge	€ 25.000,00	01/01/2011	31/12/2011	E
Lavoro dipendente e assimilato prestato in Italia	2011	Coniuge	€ 25.000,00	01/01/2011	31/12/2011	

I redditi inseriti verranno mostrate in una tabella Riepilogo redditi' dove sono descritti:

- Tipologia reddito;
- Anno;
- Soggetto;
- Importo;
- Periodo Dal;
- Periodo AI;

	Tipologia Redditi	
► 1	Lavoro dipendente e assimilato prestato in Italia	
► 1	Interessi bancari, postali, dei BOT, dei CCT e altri titoli di Stato, proventi di quote di investimenti, ecc.	
•	TFR - Buonuscita - Liquidazione ecc.	
•	Arretrati di integrazione salariale riferiti ad anni precedenti	
•	Casa di abitazione	
•	Altri immobili (Terreni e Fabbricati)	
•	Arretrati da lavoro dipendente riferito ad anni precedenti	
	Altri redditi assoggettabili a IRPEF	
	Rendite vitalizie o a tempo determinato costituite a titolo oneroso	
Pa	agina successiva	
Anno	2011	
Soggetto	Titolare	
DAL (mese/gg)	Gennaio v 01 v	
AL	Dicembre v 31 v	
Importo (€)	2000	
	F#3	

E' possibile inserire un reddito cliccando sul pulsante 'Nuovo reddito': apparirà una maschera dove sarà necessario valorizzare tutti i seguenti campi:

- Tipologia reddito (elenco selezionabile);
- Anno;
- Soggetto;

- Periodo Dal;
- Periodo Al;
- Importo;

Il tasto 'Elimina', presente alla destra di ogni reddito, serve a eliminare definitivamente il corrispondente reddito.

#### Seconda sezione: Pensioni Estere

		TipoPensione		Importo	
BRASILE	INPS DO BRASIL - Roma	Pensione diretta	01/01/2012	€ 1.000,00	X
	INPS DO BRASIL - Roma	Pensione diretta	01/01/2012	£ 1.000,00	

La seconda sezione gestisce eventuali pensioni estere del richiedente.

Inserimento pensione estera		
Stato	BRASILE	
Istituzione	INPS DO BRASIL - Roma	
Tipo Pensione	Pensione diretta	
Data Decorrenza	01/01/2012	
Importo (€)	1000	
		INSERISCI [1] ANNULLA [A]

E' possibile inserire una pensione estera cliccando sul pulsante 'Nuova pensione': apparirà una maschera dove sarà necessario valorizzare tutti i seguenti campi:

- Stato;
- Istituzione;
- Tipo Pensione;
- Data decorrenza;
- Importo;

I redditi inseriti verranno mostrate in una tabella Riepilogo redditi' dove sono descritti:

- Tipologia reddito;
- Anno;
- Soggetto
- Importo
- Periodo Dal;
- Periodo Al;

Il tasto 'Elimina', presente alla destra di ogni reddito, serve a eliminare definitivamente il corrispondente reddito.

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Cancellazione quadro	
Si desidera cancellare il corrente quadro?	
	CONFERMA <sup>[C]</sup> ANNULLA <sup>[A]</sup>
In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.	
Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.	

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione.

Carry				Domande In	validità Fase Concesso mod. Autocert COD.AI Utente connesso: Prove Ti
Anagrafica Quad	roA QuadroB Qu	adroB1 QuadroB2 QuadroD	QuadroE QuadroF Quadro	1 QuadroG Quadroit Allegati In	vio
Ø Ø		Ø Ø Ø	Sada di portinonza		
			Sede di pertilenza	AGRIGENTO	
		Inv	validità Civile - TEST TU	ITI I QUADRI	
Compilare a cura d	ei genitori del minore	richiedente la prestazione nel caso	di consenso alla riscossione da p	rte di un genitore nei confronti dell'altro	
Sceynere in genicor					
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Opzioni		
Cognome Cognome	GIUSEPPE CLARA	Codice Fiscale	Opzioni Delegante Delegante		
I/La sottoscritto	Kome GIUSEPPE CLARA /a E-n	Cognome: Nome: GIUSEPPE CF: Telefono: 065 Cellulare: 333333333 nail/P.E.C.: mail@mail.com	Opzioni Delegante Delegante		
Il/La sottoscritto	Nome GIUSEPPE CLARA /a E-n cente la potestà g	Codice Fiscale	Opzioni Delegante Delegante	e vengano corrisposte:	
Il/La sottoscritto	Nome GIUSEPPE CLARA /a E-n cente la potestà g el minore	Codice Fiscale Cognome: Nome: GIUSEPPE CF: Telefono: 065 Cellulare: 333333333 ail/P.E.C.: mail@mail.com enitoriale sul minore consente co interioriale sul minore consente co	Opzioni Delegante Delegante	: vengano corrisposte:	

Sezione: Consenso alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

Poiché il pagamento delle prestazioni di invalidità a favore dei minorenni deve essere effettuato ad uno dei genitori, è necessario il consenso alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro.

Nel Quadro E è possibile selezionare chi sia tra i due soggetti genitori il soggetto che delega l'altro genitore alla riscossione attraverso i relativi pulsanti 'Delegante' situati in una tabella in alto a sinistra del quadro.

Il sistema mostrerà automaticamente i dati del soggetto delegante e successivamente quelli del delegato secondo i dati precedentemente imputati nel quadro 'Dati Anagrafici'.

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Si desidera cancellare il corrente quadro?	
	CONFERMA [C] ANNULLA [A]
	Si desidera cancellare il corrente quadro?

In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione.

## 8. Quadro F

invalidità civile	Domande Invalidità Fase Concessoria mod. Autocert COD.AP70 🤜
	Utente connesso: Prove Tecniche
- Anagrafica QuadroA QuadroB QuadroB1 Quadro	582: QuadroD QuadroF QuadroF1 QuadroG QuadroH Allegati Invio
<u>a</u> <u>a</u> <u>a</u> <u>a</u>	a a a a
	Sede di pertinenza: AGRIGENTO
	Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI
QUADRO F Elementi socio-economici necessari per la concession (ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445)	ne e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 8/13
à dà nao	ATTENZIONE,
Modalità di pagamento della pensione pro	ence una modanta di versamento (banca), ai salvataggio di questo quadro verra cancenata. esso l'Ufficio Postale
(In caso di titolarità di altre prestazioni già errogate dall	'Inps i pagamenti saranno unificati ed effettuati presso lo stesso ufficio pagatore e con la stessa modalità)
I sottoscritti rappresentanti legali	e C chiedono
che l'importo della prestazione economica sia corris	posto presso l'ufficio postale di
Provincia	
Comune	iezona.
Codice ABI 076	01
	RICERCA UKJ
Dati dell'ufficio: (se la ricerca non ha prodotto risultati, è comunque possib	ile inserire i dati manualmente)
Frazionario	
Ufficio	
Via	
CAP	
C in contanti presso lo sportello (solo per impor	rti fino a 1000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n.214) (1)
C sul conto corrente postale	
IBAN	
Codice BIC	
sul libretto di risparmio nominativo	
n°	
Sul libretto nominativo speciale dedicato ai mir	nori (2)
n°	
su INPS card	
n°	
I dati relativi alla modalità di pagamento devono pagamento in contante	essere validati presso l'ufficio pagatore prescelto. La validazione è prevista per tutte le modalità di pagamento ad esclusione del
L	SALVA [5]

#### Sezione: Modalità di pagamento della prestazione presso l'ufficio postale

Qualora il richiedente richieda l'accredito della prestazione di invalidità presso ufficio postale (abi 07601) allora dovrà compilare il quadro F.

Per una corretta compilazione del quadro sarà necessario valorizzare tutti i seguenti campi:

- Provincia dell'ufficio postale;
- Comune dell'ufficio postale;
- Codice ABI dell'ufficio postale;

- Frazionario dell'ufficio postale;
- Ufficio Postale;
- Via dell'ufficio postale;
- Numero Civico dell'ufficio postale;
- Codice Avviamento Postale (C.A.P.) dell'ufficio postale;

Tramite il pulsante 'Ricerca' è possibile, dopo avere specificato il comune in cui risiede l'ufficio postale, visualizzare la lista di tutti gli uffici postali presenti in tale comune come mostrato nella figura seguente:

		Comune AG	RIGENTO				
		Codice ABI 076	501				
							RICERCA
_							
	ABI	CAB/Frazionario	Descrizione	Indirizzo	Comune	САР	Provincia
•	ABI 07601	CAB/Frazionario 0029001	Descrizione AGRIGENTO CENTRO	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7	Comune AGRIGENTO	CAP 92100	Provincia AG
Þ	ABI 07601 07601	CAB/Frazionario 0029001 0029047	Descrizione AGRIGENTO CENTRO AGRIGENTO 1	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7 VIA ANTONINO PANCAMO, 10	Comune AGRIGENTO AGRIGENTO	CAP 92100 92100	Provincia AG AG
	ABI 07601 07601 07601	CAB/Frazionario 0029001 0029047 0029048	Descrizione AGRIGENTO CENTRO AGRIGENTO 1 MONTAPERTO	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7 VIA ANTONINO PANCAMO, 10 VIA ROSARIO, 101	Comune AGRIGENTO AGRIGENTO AGRIGENTO	CAP 92100 92100 92010	Provincia AG AG AG
	ABI 07601 07601 07601 07601	CAB/Frazionario 0029001 0029047 0029048 0029051	Descrizione AGRIGENTO CENTRO AGRIGENTO 1 MONTAPERTO AGRIGENTO 3	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7 VIA ANTONINO PANCAMO, 10 VIA ROSARIO, 101 VIA URO LA MALFA, 44	Comune AGRIGENTO AGRIGENTO AGRIGENTO AGRIGENTO	CAP 92100 92100 92010 92010	Provincia AG AG AG AG

Per selezionare un singolo ufficio è sufficiente cliccare sul simbolo ▶'Seleziona' in corrispondenza dell'ufficio desiderato. Un volta effettuata la selezione verranno automaticamente compilati i dati dell'ufficio postale

	ABI	CAB/Frazionario	Descrizione	Indirizzo			Provincia
*	07601	0029001	AGRIGENTO CENTRO	PIAZZA V. EMANUELE, 7	AGRIGENTO	92100	AG
¥	07601	0029047	AGRIGENTO 1	VIA ANTONINO PANCAMO, 10	AGRIGENTO	92100	AG
	07601	0029048	MONTAPERTO	VIA ROSARIO, 101	AGRIGENTO	92010	AG
*	07601	0029051	AGRIGENTO 3	VIA UGO LA MALFA, 44	AGRIGENTO	92100	AG
*	07601	0029055	AGRIGENTO 4	VIA ATENEA, 333	AGRIGENTO	92100	AG
)ati se la	dell'ufficio: ricerca non l	⊠a ha prodotto risultati, è comunque po	ssibile inserire i dati manualmente)				
Dati (se la	dell'ufficio: dell'ufficio: ricerca non l	Ma ha prodotto risultati, è comunque po Frazionario	ssibile inserire i dati manualmente) 29047				
Dati (se la	dell'ufficio: dell'ufficio: nicerca non i	os ha prodotto risultati, è comunque po Frazionario Ufficio	ssibile inserire i dati manualmente) 29047 AGRIGENTO 1				
Dati Se la	dell'ufficio: dell'ufficio: ricerca non l	eu ha prodotto risultati, è comunque po Frazionario Ufficio Via	ssibile inserire i dati manualmente) 29047 AGRIGENTO 1 VIA ANTONINO PANCAMO				
Dati (se la	una successi dell'ufficio: nricerca non l	eu ha prodotte risultati, è comunque po Frazionario Ufficio Via N.	ssibile inserire i dati manualmente) 29047 AGRIGENTO 1 VIA ANTONINO PANCAMO 10				

Il pulsante 'Salva' consente di salvare tutte le informazioni immesse in tale quadro.

Sarà inoltre necessario selezionare le seguenti modalità di pagamento in maniera mutualmente esclusiva:

- In contanti presso lo sportello
- Sul conto corrente postale
- Sul libretto di risparmio nominativo
- Sul libretto nominativo speciale dedicato ai minori
- Su INPS CARD

Se il pagamento è richiesto sul libretto di risparmio nominativo, o sul libretto risparmio dedicato ai minori, sarà obbligatorio specificare anche:

• Numero libretto;

Se il pagamento è richiesto sul conto corrente postale nominativo sarà obbligatorio specificare:

- IBAN ;
- BIC;

Se il pagamento è richiesto su INPS sarà obbligatorio specificare:

• IBAN ;

Nel caso in cui il richiedente sia minorenne verranno rese selezionabili solo le seguenti modalità di pagamento:

- in contanti presso lo sportello
- sul libretto nominativo speciale dedicato ai minori

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina.

Il salvataggio del quadro comporta la cancellazione del Quadro F1 nel caso in cui quest'ultimo sia già stato compilato.

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Cancellazione quadro	Si desidera cancellare il corrente quadro?	
		CONFERMA

In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione

### 9. Quadro F1

auralica Quadeo A One	droß QuadesBt	Dunifectio	Ounders	OutofenE	Quadraf Que	adroF1 Dust	og Quadeut	Allegati Invis	Ute	nte connesso: Pro
Ø Ø	Ø	Ø	Ø	ø	Ø	Ø	Ø	Million Their		
					Sede di pertine	enza: AGRIGEN	то			
			In	validită (	ivile - TEST	TUTTI I QI	JADRI			
DRO F/1	and the set of the set		Passant	ana della a	enetral al la	and the shall be	0/12			
insi del D.P.R. 28/12/2000 n.44	(5)	cessioner	e i erogazi	one dene p	restazioni ur in	WITCHE	3/13			
	è g	ià present	te una mod	lalità di ver	samento (pos	ta), al salvataç	jgio di questo	quadro verrà cancel	ata.	
Modalità di pagamen	to della prestaz	tione pro	esso la Bi	anca —	anno unificati e	d offettuati pre	eso lo stesso	ufficio nagatore e con	a stessa modaliti	į
sottoscritti rannresentar	ti legali	rogate da	-	chier	iono	a criction pre	330 10 302330	unico pagatore e con	a stessa modulite	
his da labia da as a ba l'ima	iu regali com		a. V	- une						
mede/chiedono che l'imp	orto della prestazio	me econo	mica sia co	msposto pr	esso la banca:					
	Comur	e Selezi	ona_							
	Codice Al	BI								
										RICERC
Dati della filiale:										
se la ricerca non ha prodotto	risultati, è comunqu	e possibile	inserire i dal	ti manualmer	ite)					
	Codice CA	a								
	agenzia r	10								
	ca	p								
		۷.								
Con pagamento:										
Se il pagamento è richie	esto con accredito	su libret	to <mark>di r</mark> ispa	armio nomi	nativo o su co	nto corrente r	iominativo, la	a banca deve compila	re la parte relat	va presente sulla s
Jell autocertificazione.										
C in contanti presso lo	sportello (solo pe	r import fi	ino a 1000	euro, art.	12, legge 22 d	icembre 2011	, n. 214) (1)			
C sul conto corrente ba	incario									
	and an o									
	Codice IBA	N								
	Codice BI									
🕥 sul libretto di risparm	io nominativo									
C sul libretto di deposit	to a risparmio nom	inativo								
	r	0								
su carta prepagata										
	Codice IBA	N								
		-					presso la ste	essa hanca		
in caso di titolarità di alt	ro poncioni alà	nate dell	inne	morte ch-	The second se	T OF FRENCH A.	DEAL PROPERTY AND A DEAL P	The second se		

#### Sezione: Modalità di pagamento della prestazione presso la banca

Qualora il richiedente richieda l'accredito della prestazione di invalidità presso la banca allora dovrà compilare il quadro F1.

Per una corretta compilazione del quadro sarà necessario valorizzare tutti i seguenti campi:

• Provincia della banca;

- Comune della banca;
- Codice ABI della banca;
- Codice CAB della banca;
- Numero Agenzia della banca;
- Codice Avviamento Postale (C.A.P.) della banca;
- Via della banca;
- Numero Civico della banca;

Tramite il pulsante 'Ricerca' è possibile, dopo avere specificato il comune in cui risiede la filiale della banca, visualizzare la lista di tutte le filiali presenti in tale comune come mostrato nella figura seguente:

		Comune 7	GRIGENTO				
		Codice ABI	7601				
							RICERCA
-				The second se			
	ABI	CAB/Frazionario	Descrizione	Indirizzo	Comune	CAP	Provincia
•	AB1 07601	CAB/Frazionario 0029001	Descrizione AGRIGENTO CENTRO	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7	Comune	CAP 92100	Provincia
Þ	ABI 07601 07601	CAB/Frazionario 0029001 0029047	Descrizione AGRIGENTO CENTRO AGRIGENTO 1	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7 VIA ANTONINO PANCAMO, 10	AGRIGENTO AGRIGENTO	CAP 92100 92100	Provincia AG AG
5 5 5	AB1 07601 07601 07601	CAB/Frazionario 0029001 0029047 0029048	Descrizione AGRIGENTO CENTRO AGRIGENTO 1 MONTAPERTO	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7 VIA ANTONINO PANCAMO, 10 VIA ROSARIO, 101	AGRIGENTO AGRIGENTO AGRIGENTO	CAP 92100 92100 92010	Provincia AG AG AG
) ) )	AB1 07601 07601 07601 07601	CAB/Frazionario 0029001 0029047 0029048 0029051	Descrizione           AGRIGENTO CENTRO           AGRIGENTO 1           MONTAPERTO           AGRIGENTO 3	Indirizzo PIAZZA V. EMANUELE, 7 VIA ANTONINO PANCAMO, 10 VIA ROSARIO, 101 VIA UGO LA MALFA, 44	Comune AGRIGENTO AGRIGENTO AGRIGENTO AGRIGENTO	CAP 92100 92100 92010 92010 92100	Provincia AG AG AG AG

Per selezionare una singola filiale è sufficiente cliccare sul simbolo ▶'Seleziona' in corrispondenza della filiale desiderata. Un volta effettuata la selezione verranno automaticamente compilati i dati della filiale bancaria

		CAB/Frazionario					
۶.	02008	0016600	AGRIGENTO AGENZIA "A"	PIAZZALE ALDO MORO, 1	AGRIGENTO	92100	AG
۶.	02008	0016601	AGRIGENTO AGENZIA N.1	VIA ATENEA, 119/121	AGRIGENTO	92100	AG
×	02008	0016602	AGRIGENTO VILLAGGIO MOSE' SCIASCIA	VIALE SCIASCIA 228 VILL.MOSE	AGRIGENTO	92100	AG
۲	02008	0016604	AGRIGENTO CICERONE 1637	VIA S.VITO, 3	AGRIGENTO	92100	AG
>	02008	0016605	AGRIGENTO AGENZIA N.2	VIA IMERA, 211/215	AGRIGENTO	92100	AG
Dati (se la	ighia succe i della filial la ricerca no	isiva e: n ha prodotto risultati, ê comu	nque possibile inserire i dati manualmente)		Periodine		
Dati (se la	i della filial la ricerca no	e: n ha prodotto risultati, è comu Codici	nque possibile inserire i dati manualmente)		PRINCE		
Dati (se la	i della filial la ricerca no	e: n ha prodotto risultati, è comu Codice t	nque possibile inserire i dati manualmente) e CAB JAGO1 JANGEDIT SPA				
Dati (se l.	i della filial la ricerca no	e: e: in ha prodotto risultati, è comu Codice t agenz	nque possibile inserire i dati manualmente) e CAB Janca UNICREDIT SPA zia nº AGRIGENTO AGENZIA N.1				
Dati (se la	i della filial a ricerca no	e: e: n ha prodotto risultati, è comu Codice È agenz	Inque possibile inserire i dati manualmente) E CAB 16601 Janca UNICREDIT SPA zia nº AGRIGENTO AGENZIA N. 1 Cap 92100				F

Il pulsante 'Salva' consente di salvare tutte le informazioni immesse in tale quadro.

Sarà inoltre necessario selezionare le seguenti modalità di pagamento in maniera mutualmente esclusiva:

- In contanti presso lo sportello
- Sul conto corrente bancario
- Sul libretto di risparmio nominativo
- Su libretto di deposito a risparmio nominativo
- Su carta prepagata

Se il pagamento è richiesto sul libretto di risparmio nominativo, o sul libretto di deposito a risparmio nominativo, sarà obbligatorio specificare anche:

• Numero libretto;

Se il pagamento è richiesto sul conto corrente bancario nominativo sarà obbligatorio specificare:

- IBAN ;
- BIC;

Se il pagamento è richiesto su carta prepagata sarà obbligatorio specificare:

• IBAN ;

Nel caso in cui il richiedente sia minorenne verranno rese selezionabili solo le seguenti modalità di pagamento:

- in contanti presso lo sportello
- sul libretto nominativo speciale dedicato ai minori

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina.

Il salvataggio del quadro comporta la cancellazione del Quadro F nel caso in cui quest'ultimo sia già stato compilato.

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Cancellazione quadro		
	Si desidera cancellare il corrente quadro?	
		CONFERMA <sup>[C]</sup> ANNULLA <sup>[A]</sup>

In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione

## 10. Quadro G

invalidità civile	Domande Invalidità Fase Concessoria mod. Autocert COD.AP70 📢
<ul> <li>Anagrafica QuadroA QuadroB QuadroB1 Qu</li> </ul>	nadroB2 QuadroD QuadroE QuadroF QuadroF1 QuadroG QuadroH Aliegati Invio
<u> </u>	<u>ର୍</u> ଷ୍ଷ୍
	Sede di nertinenza: AGRIGENTO
	Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI
QUADRO G Elementi socio-economici necessari per la conce (ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445)	ssione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile - 10/13
🖵 Delega alla riscossione di benefici eco	nomici da parte di terzi
(In caso di riscossione di una o più pensioni tra	amite delega deve essere indicata come delegata la stessa persona.)
I sottoscritti rappresentanti legali	e delegano
Codire Fiscale	
Cource Hacale.	
I dati visualizzati di seguito sono stati pr	ecedentemente salvati o recuperati dalla domanda. NUOVO CODICE FISCALE [N] DATI SALVATI [A] DATI ARCHIVI [V]
Cognome:	
Note il: co/mm/2222:	
Provincia Nascita:	2/100/1924
Nato a:	
Stato Nascita:	
Cittadinanza:	I ALLA
Posidonza	
Via:	
nº civico:	9
CAP:	
Provincia:	TORINO
Comune:	
Telefono:	
Cellulare:	
Email:	
PEC:	
a signatore par pio conto la protectore en	renemies a mo enotitante econovando l'Inne o l'officio nagatoro da emi reconorchilità
a riscuotere per mio conto, la prestazione ec	ononnea a me speciance esoneranao i imps e i unicio pagatore da ogni responsabilita.
	STAMPA <sup>[T]</sup> SALVA <sup>[S]</sup> ELIMINA <sup>[E]</sup>

#### Sezione: Delega alla riscossione di benefici economici da parte di terzi

Il Quadro G deve essere compilato nel caso in cui il richiedente desideri delegare un' altra persona a riscuotere la propria pensione.

Per una corretta compilazione del quadro sarà necessario valorizzare tutti i seguenti campi:

- Il Codice Fiscale del delegato ;
- Il Cognome del delegato;
- Il Nome del delegato;
- La Data di Nascita del delegato;
- Provincia di nascita del delegato;
- Stato nascita del delegato;
- Cittadinanza del delegato;
- L'indirizzo del delegato;
- Il Civico del delegato;
- Il CAP del delegato;
- La provincia di residenza del delegato;
- Il comune di residenza del delegato;

Il pulsante 'Dati Archivi' serve a recuperare i dati del delegato dall'archivio dati dell'inps a partire dal codice fiscale, mentre il pulsante 'Nuovo codice fiscale ' consente di riportare i dati del delegato nello stato precedente la validazione e cancellare la cesella di testo del codice fiscale.

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina.

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":

Cancellazione quadro		
	Si desidara cancellare il corrente quadro?	
	Si desidera cancenare il corrente quadro:	
		CONFERMA [C] ANNULLA [A]

In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione

### 11. Quadro H



#### Sezione: Delega alla riscossione delle associazioni

Attraverso il quadro H è possibile dichiarare la delega della riscossione economica della prestazione ad associazioni competenti

E' possibile effettuare tale dichiarazione scegliendo una delle voci dell'elenco associazioni disponibili nella casella combinata.

#### Salvataggio o eliminazione del Quadro

E' possibile salvare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina.

E' possibile eliminare i dati inseriti nelle sezioni attraverso il pulsante 'Elimina' situato in basso a destra della pagina

Il pulsante 'Elimina' che si visualizza accanto al tasto 'Salva' dopo aver effettuato il primo salvataggio del quadro consente la visualizzazione del pannello "Cancellazione quadro":



In tale pannello viene chiesta la conferma della cancellazione del quadro.

Il pulsante 'Annulla' consente di annullare l'operazione di cancellazione.

Il pulsante 'Conferma' consente di eseguire effettivamente la cancellazione

### 12. Allegati

invalidità civi		omande Invalidità Fase Concessoria
		Utente connesso: Prove Tecniche
Anapestica	uradeo& QuadeoB QuadeoB1 QuadeoB2 QuadeoD QuadeoE QuadeoE QuadeoE1 Quade	ro& Quadrold Allegati Toxic
Ø	<u> </u>	
	Sede di nertinenza: ACRIGE	NTO
	See a permente. Router	
	Invalidità Civile - TEST TUTTI I QU	UADRI
Documer	tazione allegata all'autocertificazione mod.AP70	
Aggiungi a	ecoto	

#### Sezione: Documentazione allegata all'autocertificazione modulo AP70

In questa sezione è possibile allegare nel modulo la documentazione necessaria per l'autocertificazione.

					mod. Autocert COD.AP70
Anagrafica Quadroß Quadroß Quadroß Quadroß Quadroß Quadroß Quadrof Quadro	Anagrafica Quadroß Quadro				
Elementi socio-economici nacessari per la conce (ai sessi del D.R.R. 20/12/2000 n.445)       Inserimento Nuovo Allegato       Image: Chiudi         Descrizione breve       Descrizione breve       Descrizione breve       Image: Chiudi         Descrizione breve       Descrizione breve       Image: Chiudi       Image: Chiudi         File(max 400KB)       Image: Chiudi       Image: Chiudi       Image: Chiudi       Image: Chiudi         File(max 400KB)       Image: Chiudi       Im	Elementi socio-economici necessari per la conce (ai sensi del D.F.R. 2012/2000 n.465)       Inserimento Nuovo Allegato       Image: Chiudi       Image: Chiudi <th></th> <th></th> <th></th> <th></th>				
	SALVA <sup>[5]</sup>	Elementi socio-economici necessari per la conce (ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.445) Documentazione allegata all'autocerti Nessun allegato inserito Aggiungi allegato	Inserimento Nuovo Allegato         Tipo Documento      Seleziona         Descrizione breve	Chiudi	

E' possibile inserire tali documenti cliccando sul pulsante link 'Aggiungi allegato', il quale farà comparire una maschera in modalità 'pop-up' nella quale si trovano tutti i campi necessari per la descrizione del documento:

- Tipo documento
- Descrizione breve
- Descrizione lunga

Tramite il pulsante 'Sfoglia' è in fine possibile selezionare il relativo file da caricare per una dimensione massima di 400 kb.

Cliccare sul pulsante 'Salva' per aggiungere il documento nell'elenco 'Lista Allegati'.

Docum	entazione	allegata all'autoce	rtificazione mod.AP70						
	Lista Allegati								
		Descrizione	Dettaglio	File	Data Inserimento				
Modific	a <u>Elimina</u>	Patente	Rilascio dell'immagine fronte retro della patente del richiedente	Patente.pdf	04/07/2013				
Aggiungi	allegato								

Nell'elenco 'Lista Allegati' è possibile gestire tutti gli allegati aggiunti prima di salvarli definitivamente attraverso il pulsante 'Salva' situato in basso a destra della pagina.

Oltre alla visualizzazione degli allegati, nell'elenco è possibile eliminare o modificare gli allegati attraverso i relativi pulsanti link 'Modifica' ed 'Elimina'

Attraverso il pulsante link 'Elimina' è possibile eliminare direttamente l'allegato inserito.

	-	Lista Alle	gati	
				Data Inserimento
Aggiorna Annulla	Patente	Rilascio dell'immagine fronte retro della +	Vecchio file: Patente.pdf Nuovo File: Sloglia	04/07/2013
Aggiungi allegato	- -	·	-	

Cliccando sul pulsante link 'Modifica' è possibile modificare le informazioni inserite per il relativo documento. Cliccando su 'Modifica' le informazioni contenute verranno rese editabili tramite delle caselle di testo, ed è inoltre possibile selezionare un altro tipo di file attraverso il tasto 'Sfoglia'.

Per rendere effettive le modifiche cliccare sul pulsante link 'Aggiorna', per annullarle cliccare su 'Annulla'.

## 13. Invio (o Privacy)

Sede di pertinenza: ACREGENTO  Invalidità Civile - TEST TUTTI I QUADRI  Seren del 2.4. 2012000 A-60  ASSUMDE di Esponsabili  ASSUMDE di Esponsabili  I sotoscritti rappresentanti legali  I presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamento, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN I territorialmento completato e accassi di integnetante in presso la sedu. In resoni fodio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamento, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare II fax alla sede IN Intrinorialmento addi dati personali I territorialmento ded dati personali I territorialmento ded dati personali I territorialmento escenzi di prestanzione de la resupposto de le resupposto de limitato in baste i ad codo, nonché dalla legge e dai regolamento, al fine di svolgere Intorinsi tattoranto in onteri rappresente necessario per la derinizione de la prestazione, al direttamente corte attraverso la complazione del prestazione, of terrative e necessario per la derinizione della prosta ad direttamente corte I sotoscritti e dati personali della terrative consci losoci dati ne oppetente induce anno socio; conzindenzale necessario per la definizione della prosta ad ad it soggetti pubblici o privati, tra cui istituti di credito o uffici Postal, all Amminitziono, infore della sonosco far	Anagrafica QuadroA QuadroB QuadroB1 QuadroB2 QuadroD	QuadroF, QuadroF, QuadroF, QuadroG, QuadroH, Allegali, Invio
Even de perdeneza: X GRIGENT      Indicità Civile - TEST TUTTI QUADRI      Indicità Civile - 13/13      Indita Civile -	<u>ର୍</u> ଷ୍ <u>ର୍</u> ଷ୍	
Invalidità Civie - TEST TUTTI QUADRI  Invalidità Civie - 19/13  I soltanti de l'esponsabilità I solta		Sede di pertinenza: AGRIGENTO
Parti socio-economici necessari per la concessione e l'eropazione delle prestazioni di invalidità civile - 13/13  Asunzione di responsabilità  I sottoscriti appresentanti legal  e mini si inpegnano a comunicare entro 30 giorni dal suo verficarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati i presente modello.  I sottoscriti rappresentanti legal  e mini si inpegnano a comunicare entro 30 giorni dal suo verficarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati i presente modello.  I sottoscriti rappresentanti legal  e mini sono conspaevoi de le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione de predette variazioni comporteranno, in ogni caso, ottre all'applicazione delle some consapevoi de le dichiarazione nel risultassero indebtamente perceptite.  I presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telementicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fox alla sede IN territorialmente competente e recarsi direttamente presso la sede. (in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  I formativa sul trattamento dei dati personal  L'Ino son sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualtà di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personal che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, racco attraverso la complazione del presente modulo, sarano trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere runoni sittuzione dei dati avverrà, anche con Unlizzo di strumente elettonici, ad opera di diperaduri dell'Istituto opono servici o suojono attività strumentali per coverno aqualtà di Responsabili designati dall'istituto. I suo dati personali potrano essere comunicati, se trettamente necessario per la definizione dei procediment che la nguardano. I'noni sittuzione le dati avbettamento dei dati in base all'informativa di cui all'art. 13 dei dags. 30 giugno 2003, n.136 cordemen	In	validità Civile - TEST TUTTI I QUADRI
Assunzione di responsabilità  Assunzione di responsabilità  i sottoscritti rappresentanti legali  e si impegnano a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati i presente modelo.  I sottoscritti rappresentanti legali  e si impegnano a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati i presente modelo. I sottoscritti rappresentanti legali  e si impegnano a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati i presente indicati i comorterano, in ogni caso, ottre all'applicazione delle sanzioni ono conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione de predette variazioni comorterano, in ogni caso, ottre all'applicazione delle sanzioni oni legogi. Ifrecumer delle somme che risultassero indichamente percepte.  I presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN territorialmente competente o recarsi direttamente presso la sede. (in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  I Informativa sul trattamento dei dati personali  L'Ings con sede in Roma, via Cro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, racca attraverso la compliazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stati da U base sanitaria.  II tratamento dei dati averrà, anche con Lullizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto oportunamete incaricati e istruit, attraverso logiche strettamente cornage e quali son accosti; eccezionante monscere i sui dati altri soggetti, pubblici o privati, tra cui latituti di credito o Uffici Postali, all Anninistrazioni, Enti o Casse di previdenza definizatione della prizona, di all'istituto o Uffici postali, all Anninistrazio	ementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazio	ne delle prestazioni di invalidità civile - 13/13
I sotusoriti rappresentanti legali e impegnano a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati i presente modello. I sotusoriti rappresentanti legali e hanno compilato i seguenti quadri: A,B1,B2,D,E,F,G,H I sotusoriti rappresentanti legali e impegnano a conunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati i presente foglio deve essere stampato, firmato e invalot telematicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN i presente foglio deve essere stampato, firmato e invalot telematicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN i craso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme) I Unos con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Ttolare del tratamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, racci attraverso la compilazione del presente modulo, saranto trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codee, nonché dalla legge e dai regolamente, al fine di svolgere funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base santraia. I trattamento dei dati aversi, anche con fullize di strumente lettornio, ad opera di dipendenti dell'Istuto opportunamente incaricati e istruiti, attraversio logiche strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti, publici o privati, tra cu Istituti di credito o Uffici Postali, alt Amministrazioni, finto Casse di previdenza cobligatoria. I confermento dei dati aversi, finto casse de recetta esercitare i dividicenti dell'Istutto opportunamente incaricati e istruiti, attraversio logiche strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cu Istituti di credito o Uffici Postali, alt Amministrazioni, finto	- Assunzione di responsabilità	
I sotosritti rappresentanti legali e non compilato i seguenti quadri: A,81,82,D,E,F,G,H I sotosritti rappresentanti legali e non consapevoli che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione del predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite. I presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN territorialmente competente o recarsi direttamente presso la sede. (in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme) III presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN territorialmente competente o recarsi direttamente presso la sede. (in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme) III presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, racco attraverso la complazione del presente modulo, saranno tratta in osservanza dei presuposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere funzioni sittuzente, inceade sintuzivariva, assistenziate e amministrazioni. II tratamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente portano consocrere i suoi dati alti sioggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'inps e operano qualità di Responabili designito dall'Istituto devento dell'Istituto devento dell'Istituti di cedito o Uffici Postali, alt Amministrazioni, Entio Casse di previdenza alo frattura potra comportare imp	I sottoscritti rappresentanti legali e e presente modello.	si impegnano a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati r
I sottosritti rappresentanti legali e e sono consapevoli che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione del predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.  I presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN territorialmente competente o recarsi direttamente presso la sede. (in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  I presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente, la informa che tutti i dati personali code, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere attraverso la compliazione del presente modulo, saranno trattati in osservarza del presuposti e dei limis stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere funzioni intattari previdenziale, fiscale, assicurita, assistenziale e aministrativa su base sanitaria. Il tratamento dei dati averenà, anche con l'utilizzo di strumenti eletronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente coreze ale finaltà per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, nel forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano cualità di Responsabili designati dall'istituto. Il suoi dati personali portranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, all anministrazioni. Ento Casse di previdenzia dell'istituto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialment competente. I'no alconsento dei dati in base all'informativa di cui all'art.13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196 Delega a	I sottoscritti rappresentanti legali	hanno compilato i seguenti quadri: A,B1,B2,D,E,F,G,H
Il presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede IN territorialmente competente o recarsi direttamente presso la sede. (in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore richiedente la prestazione, entrambi i genitori devono apporre le proprie firme)  Tuto and ininore dei dati presenta dei dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, racco attraverso la complizzione della presente modulo, saranno trattati in osservanza dei preseuposti e dei illimitato attraverso logiche strettamente correla gille finalità presonali potrano raccolti; eccezionalmente potranno connocere i suoi dati laris soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'inse e operano qualità di Risponsali dell'Istituto. Il confermento dei dati edbilgatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inse la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al dire	I sottoscritti rappresentanti legali e e predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazio	sono consapevoli che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione de one delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.
- Informativa sul trattamento dei dati personali - L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, racco attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere funzioni sittuzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria. Il tratamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correle alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano qualità di Responsabili designati dall'Istituto. Is usi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, all Amministrazioni, Etni o Casse di previdenza obbligatoria. Il onferimento dei dati à obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialment competente.          Acconsento al trattamento dei dati in base all'informativa di cui all'art.13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196         Delega all'invio del mod.Autocert COD. AP70 il patronato i cui dati sono di seguito riportati	Il presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato teler territorialmente competente o recarsi direttamente presso la se (in caso di minore richiedente la prestazione, entrambi i genito	maticamente, utilizzando la funzione "allegati" nel menu in alto. In alternativa si potrà inviare il fax alla sede INI ade. ri devono apporre le proprie firme)
L'Inps la informa, infine, che e nelle sue facolta esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territonalmer competente.   Acconsento al trattamento dei dati in base all'informativa di cui all'art.13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196  Delega all'invio del mod.Autocert COD. AP70 il patronato i cui dati sono di seguito riportati  Nome Patronato: descrizione ente Codice Patronato: HBI00100 Ufficio Patronato:	Il tratamento dei dati avverà, anche con l'utilizzo di strumenti ele alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno c qualità di Responsabili designati dall'Istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà	assistenziale e amministrativa su base santaria. attronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correli isonoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, al omportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.
Acconsento al trattamento dei dati in base all'informativa di cui all'art.13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196     Delega all'invio del mod.Autocert COD. AP70 il patronato i cui dati sono di seguito riportati      Nome Patronato:     descrizione ente     Codice Patronato:     ABI00100     Ufficio Patronato:	L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il d competente.	intto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territonalmer
Delega all'invio del mod.Autocert COD. AP70 il patronato i cui dati sono di seguito riportati           Nome Patronato:         descrizione ente           Codice Patronato:         ABI00100           Ufficio Patronato:	Acconsento al trattamento dei dati in base all'informativa di c	ui all'art.13 del d.lgs. 30 giugno 2003, n.196
Nome Patronato: descrizione ente Codice Patronato: ABI00100 Ufficio Patronato:	Delega all'invio del mod.Autocert COD. AP70 il patronato i cui	dati sono di seguito riportati
Codice Patronato: ABI00100 Ufficio Patronato:	Nome Patronato: descrizione ente	
Ufficio Patronato:	Codice Patronato: ABI00100	
	Lifficio Patronato:	

Il quadro Invia rappresenta l'informativa sul trattamento dei dati personali.

#### Prima sezione: Assunzione di responsabilità

In questa sezione vengono descritte le relative assunzioni di responsabilità da parte del richiedente, eventuale rappresentante legale o genitori se minorenne.

#### Seconda sezione: Informativa sul trattamento dei dati personali

Il pulsante 'Invia' consente di chiudere la prestazione ma prima il richiedente dovrà acconsentire al trattamento dei dati personali e dovrà inserire i seguenti dati relativi al patronato:

- Nome Patronato
- Codice Patronato
- Ufficio Patronato



### Domande Invalidità Fase Concessoria

			Sede di pertine	enza: ROMA				
enti socio-ec	onomici neces	sari per la conces	sione e l'erogazio	ne delle pr	estazior	ni di invali	dità civile -	10/10
si del D.P.R. 28/12/20	00 n.445)							
	0/10							
MODELLO I	710							
(Art. 13 del d. lgs	. 30 giugno 2003, r	n. 196, recante "Codice ir	n materia di protezione d	lei dati persona	ali")			
L' Inps con s	ede in Roma, vi	a Ciro il Grande, 2	1, in qualità di Tit	colare del t	rattament			
la informa ch	e tutti i dati accolti attrave	personali che la rie	guardano, compresi q del presente modulo	quelli sensi	bili e rattati (	n		
osservanza de	i presupposti e	dei limiti stabili	ti dal Codice, nonch	né dalla leg	ge e dai			
regolamenti, fiscale, assi	al fine di svol curativa, assis	gere le funzioni is stenziale e amminist:	tituzionali in mater rativa su base sanit	cia previden Caria.	ziale,			
Il trattament di dipendenti	o dei dati avve dell'Istituto	rrà, anche con l'ut: opportunamente inca:	ilizzo di strumenti ricati e istruiti, a	elettronici ttraverso 1	, ad open	a		
strettamente	correlate alle	finalità per le qua	li sono raccolti; ec	cezionalmen	te potrar	ino		
CONDICETE 1 3	UDI GACI AICII	soggecci, che iorni:	SCOND SELVIZI O SVOI	rênto arrivi	5a	<u> </u>		
Il sottoscritto/a,	consapevole delle s	sanzioni civili e penali cui	potrà andare incontro in	caso di dichiar	azione me	ndace o di es	ibizione di atti	falsi o contenenti dati non
più rispondenti a Il sottoscritto/a	verità, giusto il dis si impegna a com	posto degli artt. 75 e 76 unicae entro 30 giorni d	del DPR 445/2000, dichia al suo verificarsi, qualsi	ara sotto la pro iasi variazione	riguardar	nsabilità che ite i dati ind	i dati forniti so cati nel prese	no completi e veritieri. nte modello.
Il sottoscritto/a e	consapevole che lo plicazione delle san	e dichiarazioni non confo zioni di legge, il recupero	rmi al vero e la mancata delle somme che risulta:	o intempestiva ssero indebitar	comunicaz nente perc	ione delle pi epite.	edette variazio	ni comporteranno, in ogni
caso, otre all app								
caso, oltre all apj								
caso, otre all ap								
		Acconse	ento al trattamento dei d	ati in base all'ir	nformativa	di cui all'art.	13 del d.lgs. 30	giugno 2003, n.196
		Acconse [Alt+D]	ento al trattamento dei d	ati in base all'ir	nformativa	di cui all'art.	13 del d.lgs. 30	giugno 2003, n.196
		Acconse [Alt+D]	ento al trattamento dei d	ati in base all'ir	nformatīva	di cui all'art.	13 del d.lgs. 30	giugno 2003, n. 196
caso, oitre all ap		Acconse [Alt+D]	ento al trattamento dei d	ati in base all'ir	nformativa	di cui all'art.	13 del d.lgs. 30	giugno 2003, n. 196
caso, oitre all ap		Acconse [Alt+D] Il m Non sarà	ento al trattamento dei d odulo è stato salvato più possibile modifici	ati in base all'ir correttamen are i quadri a	nformativa te. cquisiti.	di cui all'art.	13 del d.lgs. 30	giugno 2003, n. 196 RICEVUTA

A questo punto il richiedente non può più effettuare modifiche alla AP70.