



Domanda di

Pensione ordinaria di inabilità

Pensione privilegiata di inabilità

TIMBRO E DATA

All'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale
di _____

Io sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome			
	Nome			
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)		
	a (Comune o Stato estero di nascita)			Prov.
	Codice fiscale			

residente in

Residenza	Comune		Prov.	
	Stato			
	Via/Piazza	n.		
	C.A.P.	Numero Telefonico		
	e-mail			

RICHIESTA IN SUBORDINE DELL'ASSEGNO DI INVALIDITA'

Io sottoscritto, qualora NON VENGA riconosciuto il diritto alla pensione di inabilità

CHIEDO L'ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITA'
L'ASSEGNO PRIVILEGIATO DI INVALIDITA'

RICHIESTA DI PRESTAZIONE ACCESSORIA

CHIEDO L'ASSEGNO MENSILE PER L'ASSISTENZA PERSONALE E CONTINUATIVA (art. 5 L. 222/84)

Firma _____

La sottoscrizione della presente richiesta è condizione essenziale perché, in mancanza dei requisiti per la pensione di inabilità, possa essere concesso l'assegno di invalidità, sempreché ne sussistano i requisiti.

NOTIZIE SULL' ATTIVITA' LAVORATIVA

HO CESSATO L'ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE IL _____

CESSERO' L'ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE IL _____ e mi impegno a presentare la dichiarazione dell'avvenuta cessazione

SVOLGO ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE

SVOLGO ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO IN QUALITA' DI artigiano commerciante coltivatore diretto /colono o mezzadro

SVOLGO ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATA

SVOLGO ATTIVITA' PROFESSIONALE ABITUALE

SONO ISCRITTO ATTUALMENTE NEGLI ELENCHI DEGLI OPERAI AGRICOLI, DEI LAVORATORI AUTONOMI O IN ALBI PROFESSIONALI

HO IN CORSO DOMANDA INTENDO PRESENTARE DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAGLI ELENCHI PREDETTI

DA COMPILARE SOLO SE L'INABILITA' E' STATA DETERMINATA IN TUTTO O IN PARTE DA RESPONSABILITA' DI TERZI

Terzo responsabile _____ nat___ il _____

Via/Piazza _____ C.A.P. _____ Città _____

Impresa assicuratrice _____ Polizza n° _____

Allego l'apposito formulario predisposto dall' INPS.

NOTIZIE AMMINISTRATIVE UTILI AL SANITARIO PER LA VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RICHIEDENTE

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome					
Nome					
Cognome del marito					
Nato/a il	(gg/mm/aaaa)				
a (Comune o Stato estero di nascita)				Prov.	
Codice fiscale					
Comune		CAP		Prov.	
Indirizzo	n.				
Telefono					
Stato					

SI NO Sono occupato attualmente come lavoratore dipendente (1)

Datore di lavoro Indirizzo Data inizio rapporto

Settore Qualifica rivestita Mansioni effettivamente svolte

SI NO Nel corso dell'attività lavorativa sono intervenute eventuali variazioni di mansioni per motivi di salute (1)

Mansioni svolte precedentemente Durata dal al

SI NO Sono assente attualmente dal lavoro per malattia o per infortunio (1) dal

SI NO Svolgo attualmente attività lavorativa in proprio (1)

L'impresa in cui svolgo l'attività lavorativa è:

ARTIGIANA Tipo di lavorazione Tipo di mansioni effettivamente svolte

COMMERCIALE Tipo di attività

AGRICOLA Posiz. ed estensione del terreno Anno di inizio attività

Ambiente di lavoro

Tipo di coltura

Numero e tipo di bestiame

Eventuali rischi di lavoro

SONO ISCRITTO attualmente negli elenchi degli operai agricoli, o dei lavoratori autonomi o in albi professionali

HO IN CORSO DOMANDA INTENDO PRESENTARE DOMANDA DI CANCELLAZIONE DAGLI ELENCHI PREDETTI

SI NO Sono titolare di rendita a carico dell' INAIL (1 e 2)

SI NO Sono titolare di trattamento previdenziale o assistenziale a carico dello Stato o di altro Ente Pubblico (1 e 2)

SI NO Ho presentato domanda di trattamento previdenziale o assistenziale a carico dello Stato di altro Ente Pubblico (1)

SI NO Lo stato di invalidità è stato determinato in tutto o in parte da responsabilità di terzi (1 e 2)

Terzo responsabile

nat___ il

Via/Piazza

C.A.P.

Città

Impresa assicuratrice

Polizza n°

(1) Barrare l'ipotesi che ricorre.

(2) Le dichiarazioni sono acquisite agli atti.

DICHIARAZIONE

Autorizzo l'INPS ad utilizzare i dati forniti esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso (Legge 675/96).
Dichiaro che tutte le informazioni fornite con questa domanda (compresi gli allegati) sono veritiere e mi impegno a comunicare all'INPS, entro trenta giorni, qualsiasi variazione.

Sono consapevole che l'incompleta o la mancata segnalazione di fatti o stati che incidono sul diritto e/o sulla misura della pensione comporta il recupero delle somme indebitamente riscosse.

Estremi del documento	Documento di riconoscimento		
	Numero del documento		
	Rilasciato da		
	In data (gg/mm/aaaa)		

Luogo e data

Firma del richiedente

,li

Elenco degli allegati le cui informazioni sono necessarie alla liquidazione della pensione richiesta

1.	PAGAMENTO PRESSO BANCA
2.	PAGAMENTO PRESSO POSTE ITALIANE
3.	NOTIZIE SULLO STATO CIVILE
4.	DETRAZIONI D'IMPOSTA
5.	NOTIZIE SULLA SITUAZIONE PENSIONISTICA
6.	NOTIZIE SULLA SITUAZIONE ASSICURATIVA

Elenco degli allegati da presentare per richieste/agevolazioni/situazioni particolari

7.	OPZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELLA PENSIONE CON IL SISTEMA CONTRIBUTIVO
8.	PARTICOLARI AGEVOLAZIONI DI LEGGE
9.	RICHIESTA DI PRESTAZIONI ACCESSORIE

Elenco degli allegati la cui presentazione è facoltativa

10.	SCELTA DEL PATRONATO
11.	DELEGA QUOTE SINDACALI
12.	DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Altro

Avvertenza

La presente domanda vale anche come richiesta di autorizzazione alla prosecuzione volontaria nel caso in cui la domanda di pensione sia respinta