

**DA RESTITUIRE  
AL COMUNE DI SOMMA VESUVIANA  
UFFICIO INVALIDI CIVILI**

**AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE**

Gli invalidi, per poter usufruire dei benefici economici loro spettanti, devono attestare il loro stato personale (residenza, nascita, cittadinanza, e stato di famiglia) nonché il possesso dei requisiti socio-economici previsti dalla normativa vigente.

A tale scopo, potrà essere utilizzato l'unito modello che, in relazione al grado d'invalidità riconosciuto, dovrà essere compilato secondo le avvertenze di seguito riportate:

**INVALIDI TOTALMENTE INABILI - SORDOMUTI (art. 12 L. 118/71) - cod. 04 - 10 del verbale di accertamento sanitario.**

Occorre compilare l'unito modello nelle parti PRIMA e TERZA.

**INVALIDI PARZIALI (percentuale d'invalidità dal 74% al 99% - artt. 2 e 13 L. 118/71 e art. 9 D. leg. 509/88) - cod. 03 del verbale di accertamento sanitario.**

Occorre compilare il modello nelle parti PRIMA - TERZA e QUARTA.

**INVALIDI CON TOTALE E PERMANENTE INABILITÀ LAVORATIVA CON NECESSITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO O DI ASSISTENZA CONTINUA - (L. 18/80) - cod. 05 e cod. 06 del verbale di accertamento sanitario.**

Occorre compilare il modello nelle parti PRIMA - SECONDA e TERZA.

*I Soggetti ultrasessantacinquenni dovranno compilare solo le parti PRIMA e SECONDA.*

***Va sempre compilata la parte relativa all'indicazione dell'Ufficio Postale.***

È possibile inoltre richiedere, previa compilazione dell'apposito modulo allegato l'accredito in conto corrente bancario.

In caso di decesso del minorato, il modello potrà essere compilato e sottoscritto da uno degli eredi che dovrà indicare la data dell'avvenuto decesso ed allegare fotocopia di un proprio documento di riconoscimento valido.

## PARTE PRIMA

Da compilarsi da parte del minorato civile. Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di

Residente in	Provincia	Cittadinanza

Via o Piazza e n. civico	C.A.P.	Codice fiscale					

Celibe/Nubile                       Coniugato/a                       Vedovo/a

Cognome e nome	Data di nascita	Codice fiscale					

Da compilarsi da parte del rappresentante legale (tutore o curatore) nel caso che il minorato sia rispettivamente indiretto o inabilitato o da parte di un erede nel caso il minorato sia deceduto. Il/La sottoscritto/a

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di

Residente in	Provincia	Cittadinanza

Via o Piazza e n. civico	C.A.P.	Codice fiscale					

nella qualità di rappresentante legale, tutore, curatore o erede (sottolineare la voce che interessa) del minorato civile di cui appresso:

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia di

Residente in	Provincia	Cittadinanza

Via o Piazza e n. civico	C.A.P.	Codice fiscale					

per conto del/la sunnominato/a, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità.

## PARTE SECONDA

Dichiarazione riservata ai minorati non deambulanti e/o non autosufficienti ai sensi della legge 18/80 (Contrassegnare solo le caselle corrispondenti alla situazione del minorato).

### DICHARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Relativamente al periodo dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi:

- di NON essere mai stato ricoverato in alcun Istituto nè di esserlo a tutt'oggi
- di essere stato ricoverato in Istituti a lunga degenza o per la riabilitazione con retta a carico di \_\_\_\_\_ per i seguenti periodi \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_ alla data odierna;
- di NON essere titolare di altra indennità di accompagnamento;
- di essere titolare di altra indennità di accompagnamento.

## PARTE TERZA

### DICHARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Relativamente al periodo dal \_\_\_\_\_ a tutt'oggi:

(Indicare la situazione reddituale del MINORATO)

- di NON possedere redditi propri assoggettabili all'IRPEF nè redditi soggetti a ritenute alla fonte o ad imposta sostitutiva;
- di essere stato ricoverato in Istituti a lunga degenza o per la riabilitazione con retta a carico di \_\_\_\_\_ per i seguenti periodi \_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_ alla data odierna:
- di possedere i seguenti redditi propri:

Redditi al lordo degli oneri deducibili e delle ritenute fiscali QUADRO A		AMMONTARE REDDITI Calcolati agli effetti dell'IRPEF percepiti negli anni _____ precedenti alla presente dichiarazione
1	Redditi assoggettabili all'IRPEF:	Anno _____ € _____ Anno _____ € _____ Anno _____ € _____
2	Redditi a tassazione separata:	Anno _____ € _____ Anno _____ € _____ Anno _____ € _____

Redditi esenti da IRPEF, conseguiti per invalidità di guerra o di lavoro QUADRO B		AMMONTARE REDDITI percepiti negli anni _____ precedenti alla data della presente dichiarazione
3	Rendite e/o assegni di assistenza personale continuativa compresi i trattamenti economici di guerra (pensioni, assegni o indennità):  (Specificare Ente erogatore e categoria) _____	Anno _____ € _____ Anno _____ € _____ Anno _____ € _____

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)

## PARTE QUARTA

Riservata agli invalidi parziali con percentuale di invalidità compresa tra il 74% ed il 99%.

1° Autocertificazione attestante l'iscrizione nelle liste speciali di collocamento, di cui all'art. 19 della L. 482/68, e la relativa decorrenza;

2° Per il periodo ricompreso tra la data della domanda e la data di notifica del verbale di riconoscimento dell'invalidità, lo stato di disoccupazione dovrà essere comprovato dal certificato di iscrizione nelle liste ordinarie di collocamento.

Dichiarazione di non aver svolto, nel periodo compreso tra la data di presentazione dell'istanza alla data di notifica del verbale di visita sanitaria (\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_) (specificare le date), alcuna attività lavorativa e di non aver chiesto l'iscrizione nelle liste ordinarie di collocamento a causa dello stato di invalidità.

Per il periodo intercorrente tra la data della notifica del verbale e quella di iscrizione nelle liste speciali di collocamento non potrà essere corrisposto alcun beneficio economico (vedasi Sentenza Corte di Cassazione a Sezione unite n. 203 del 20/1/1992).

Si impegna, infine, ai sensi del D.P.R. 698/94, a comunicare al Comune Ufficio Invalidi Civili, entro 30 giorni, ogni variazione dei requisiti e delle condizioni di assistibilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

## PARTE QUINTA

Indicazione dell'Ufficio Postale di pagamento e delega.

Dichiara di voler riscuotere le rate delle provvidenze economiche che gli saranno eventualmente concesse presso l'Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Dichiara di delegare alla riscossione il/la \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via o Piazza e n. civico

Codice fiscale

Si impegna, infine, ai sensi del D.P.R. 689/94, a comunicare al Comune ed alla Sede Zonale INPS entro 30 giorni, ogni variazione dei requisiti e delle condizioni di assistibilità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

(firma del dichiarante)

SPAZIO PER L'AUTENTICA