



# Assegno di invalidità

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			

**L'ASSEGNO ORDINARIO DI INVALIDITA'**

**CHIEDO L'ASSEGNO PRIVILEGIATO DI INVALIDITA'**

**LA PENSIONE DI INVALIDITA'** a carico del seguente Stato estero convenzionato

## COMUNICAZIONI 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

## NOTIZIE SULL' ATTIVITA' LAVORATIVA

*Sono occupato attualmente come lavoratore dipendente*

Data inizio rapporto

Qualifica rivestita

Mansioni effettivamente svolte

*Nel corso dell'attività lavorativa sono intervenute variazioni di mansioni per motivi di salute*

Mansioni svolte prima della variazione

Data di variazione delle mansioni

*Sono assente attualmente dal lavoro per malattia o per infortunio*

Data dalla quale sono assente dal lavoro

Motivo dell'assenza

**Ho cessato o cesserò di prestare attività di lavoro dipendente**

Data dalla quale sono assente dal lavoro

Data dalla quale prevedo di cessare l'attività

**Svolgo attualmente attività lavorativa in proprio in qualità di:**

ARTIGIANO

DATA DI INIZIO ATTIVITA'

COME COADIUVANTE

COME TITOLARE

COLLABORATORI FAMILIARI N.

LAVORATORI DIPENDENTI N.

COMMERCIANTE

DATA DI INIZIO ATTIVITA'

COME COADIUVANTE

COME TITOLARE

COLLABORATORI FAMILIARI N.

LAVORATORI DIPENDENTI N.

COLTIVATORE DIRETTO

DATA DI INIZIO ATTIVITA'

ESTENSIONE DEL TERRENO

COMPONENTI FAMILIARI N.

LAVORATORI DIPENDENTI N.

COLLABORATORE COORDINATO E CONTINUATIVO - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo

PROFESSIONISTA ABITUALE - allego le ricevute dei versamenti contributivi effettuati nell'ultimo periodo

**Lo stadio di invalidità è stato determinato in tutto o in parte da responsabilità terzi**

ALLEGRO IL FORMULARIO COMPILATO SUL MODULO IN DISTRIBUZIONE PRESSO L'INPS

**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