



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