



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità

Per ottenere la pensione di inabilità, oltre a possedere i requisiti richiesti (sanitari e contributivi), dovrà compilare tutte le parti dei moduli ritenute indispensabili e contrassegnate da un cornice blu. La preghiamo inoltre di leggere con attenzione anche le parti che riguardano la richiesta di altri dati e documentazione. La domanda compilata deve essere consegnata all'ufficio Inps della sua zona o inviata per posta o presentata tramite un Ente di patronato che offre assistenza gratuita.

Se ha i requisiti contributivi richiesti e l'inabilità è stata causata dall'attività lavorativa (senza diritto a rendita Inail) può richiedere la pensione privilegiata di inabilità. Dopo aver consegnato la domanda sarà contattato da un nostro funzionario per stabilire il giorno e l'ora della visita medica.

In caso non le sia riconosciuto il diritto alla pensione di inabilità, in alternativa, questa domanda è valida solo per l'assegno ordinario d'invalidità e per l'assegno privilegiato di invalidità.

Se le viene riconosciuta la pensione di inabilità, ma continua a prestare attività lavorativa di qualsiasi natura e/o a rimanere iscritto negli albi professionali o negli elenchi agricoli, riceverà l'assegno ordinario di invalidità. Per ricevere l'intera pensione di inabilità dovrà presentare compilata l'ultima pagina del modulo quando terminerà di lavorare. Questa domanda può valere anche come richiesta di autorizzazione alla prosecuzione volontaria nel caso in cui la domanda di pensione sia respinta in assenza dei requisiti contributivi.

### ● **Dati e documentazione indispensabili per la liquidazione della pensione** (articolo 1, comma 783, legge 296/2006)

- copia di un documento di identità del richiedente da allegare alla domanda
- autocertificazione dello stato civile e dello stato di famiglia
- dati anagrafici e codice fiscale del coniuge
- certificazione dello stato di salute compilata da un medico e presentata in busta chiusa (modulo SS3) \*
- dati sulla situazione assicurativa che sono influenti per il diritto alla pensione non presenti nell'estratto contributivo
- dichiarazione di cessazione di qualsiasi tipo di attività dipendente o autonoma
- documentazione che attesti la titolarità di rendita Inail (modulo rendita Inail) \*.

### ● **Documentazione da allegare per richieste/agevolazioni/situazioni particolari**

- Se invalido, può chiedere particolari agevolazioni per aumentare l'anzianità contributiva (modulo agevolazioni)\*
- Se deve chiedere una pensione integrata al trattamento minimo, la maggiorazione sociale, o i trattamenti di famiglia, deve presentare la dichiarazione reddituale (modulo RED - modulo prest. accessorie) \*
- Se ha fatto il servizio militare, si ricordi di allegare a questo modulo il foglio matricolare. Se ne è sprovvisto, può presentare un'autocertificazione \*
- Se ha dei periodi di maternità o di malattia anteriori al 1989, per ottenerne l'accredito può presentare un'autocertificazione\*
- Se è stato autorizzato al versamento dei contributi volontari, deve presentare copie degli ultimi bollettini solo se i periodi non risultano sul suo estratto contributivo
- Se ha fatto di recente la richiesta di riscatto di laurea o di lavoro all'estero, di rendita vitalizia o di ricongiunzione deve allegare le copie dei bollettini di versamento solo se i periodi non risultano sul suo estratto contributivo
- Se è lavoratore domestico, deve presentare le copie dei bollettini riguardanti gli ultimi trimestri di lavoro solo se i periodi non risultano sul suo estratto contributivo
- Se è artigiano o commerciante deve presentare un'autocertificazione per indicare i redditi di impresa relativi agli ultimi quattro anni, inoltre, deve compilare il modulo per la ripartizione dei redditi di impresa con collaboratori per il periodo gennaio 1982/giugno 1990 oppure, nel caso continui a svolgere attività di lavoro autonomo, di impresa, professionale o di



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità

collaborazione coordinata o a progetto, deve dichiarare i redditi previsti per l'anno in corso (modulo redditi/impresa)\*

- Può utilizzare moduli di delega se intende avvalersi dell'aiuto di un patronato, se intende destinare delle quote di pensione ad un sindacato, se intende delegare una persona di fiducia per riscuotere la pensione (modulo delega/patronato delega/sindacato - delega riscossione pensione) \*
- Inoltre, se dopo aver presentato la domanda di pensione cambia la residenza o l'ufficio bancario o postale lo deve comunicare con gli appositi moduli (modulo residenza - modulo posta - modulo banca)\*
- All'interno di questo modulo si chiede di indicare, oltre alla residenza, anche la banca o l'ufficio postale per la riscossione della pensione. Se, dopo aver presentato la domanda, questi dati dovessero cambiare, deve comunicarlo con gli appositi moduli (modulo residenza - modulo posta - modulo banca) \*



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 1/10

**ALLA SEDE DI**

**NOME**  **COGNOME**

**CODICE FISCALE**  **NATO/A IL**  GG/MM/AAAA

**A**  **PROV.**  **STATO**

**CITTADINANZA**

**RESIDENTE IN**  **PROV.**  **STATO**

**INDIRIZZO**  **CAP**

**TELEFONO**  **CELLULARE**

**E-MAIL**

**CHIEDO**

- Pensione ordinaria di inabilità
- Pensione privilegiata di inabilità
- Pensione di inabilità a carico del seguente stato estero \_\_\_\_\_

**STATO CIVILE**

*Barrare la casella corrispondente*

- Celibe/Nubile
- Separato/a dal \_\_\_\_\_
- Vedovo/a dal \_\_\_\_\_
- Coniugato/a dal \_\_\_\_\_
- Divorziato/a dal \_\_\_\_\_

**DATI DEL CONIUGE**

**NOME**  **COGNOME**

**CODICE FISCALE**  **NATO/A IL**  GG/MM/AAAA

**A**  **PROV.**  **STATO**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 2/10

- Se il nucleo familiare include inabili, allegare modulo SS3 (compilato dal medico e disponibile presso i nostri uffici)  
Se include studenti, allegare certificato di frequenza scolastica o autocertificazione \*
- Se include studenti universitari, allegare certificato di immatricolazione e di iscrizione o autocertificazione \*

Barrare la casella corrispondente

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 RELAZIONE DI PARENTELA  
 inabile  studente  studente universitario

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 RELAZIONE DI PARENTELA  
 inabile  studente  studente universitario

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 RELAZIONE DI PARENTELA  
 inabile  studente  studente universitario

NOME  COGNOME  
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA  
 A  PROV.  STATO  
 RELAZIONE DI PARENTELA  
 inabile  studente  studente universitario



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 3/10

### ● DICHIARO

Barrare la casella corrispondente

di avere svolto attività lavorativa come:

- lavoratore dipendente iscritto all'assicurazione generale obbligatoria
- lavoratore dipendente iscritto al fondo speciale \_\_\_\_\_  
*indicare il nome del fondo (volo, elettrici, telefonici ecc.)*
- artigiano
- commerciante
- coltivatore diretto, mezzadro e colono
- collaboratore coordinato o professionista abituale

- di non svolgere alcuna attività lavorativa dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- che cesserò qualunque attività lavorativa e mi cancellerò dagli elenchi e dagli albi di categoria il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- di essere occupato dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) qualifica \_\_\_\_\_
- di aver variato le mansioni per motivi di salute  
mansioni svolte prima della variazione \_\_\_\_\_  
data della variazione \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- di essere assente dal lavoro per malattia o infortunio  
inizio dell'assenza \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) motivo dell'assenza \_\_\_\_\_

- di svolgere l'attività lavorativa dipendente dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- di svolgere attività lavorativa
- di aver svolto lavoro sotterraneo in miniera dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
di appartenere alla seguente categoria:
  - tecnico di volo
  - pilota di porto
  - pilota collaudatore
  - marittimo abilitato al pilotaggio

### ● DICHIARO

- di aver svolto attività lavorativa all'estero:
  - Stato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
  - Stato \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- di non avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri
- di avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri
  - Ente o Stato Estero \_\_\_\_\_  Pensione diretta  Pensione ai superstiti  
pensione n° \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
  - Ente o Stato Estero \_\_\_\_\_  Pensione diretta  Pensione ai superstiti  
pensione n° \_\_\_\_\_ decorrenza \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 4/10

### ● DICHIARO

- di aver presentato domanda di altra pensione a carico dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri

Trattamento richiesto \_\_\_\_\_

Ente al quale è stata presentata la domanda \_\_\_\_\_

a partire dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

- di essere titolare di rendita Inail (allego la dichiarazione rilasciata dall'Inail)

l'inabilità è stata determinata da responsabilità di altri (allegare il modulo AS1 disponibile sul sito [www.inps.it](http://www.inps.it))

dati del responsabile

nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

città \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

impresa assicuratrice \_\_\_\_\_ polizza n. \_\_\_\_\_

- di aver prestato servizio militare o servizio equiparato per periodi di cui chiedo l'accredito figurativo:

allego il foglio matricolare o autocertificazione

il foglio matricolare o l'autocertificazione è stato già presentato

il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) protocollo n. \_\_\_\_\_

- di aver percepito prestazioni per malattie specifiche (assegno per la cura della tubercolosi)

dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

- di aver presentato domanda di riscatto per:

corso legale di laurea

il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) protocollo n. \_\_\_\_\_

periodi scoperti di assicurazione

il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) protocollo n. \_\_\_\_\_

altri motivi (lavoro all'estero, gravidanza e puerperio, ecc.)

il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) protocollo n. \_\_\_\_\_

aver presentato domanda di ricongiunzione di periodi assicurativi

il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) protocollo n. \_\_\_\_\_

### ● CHIEDO

l'accredito dei contributi figurativi e/o l'integrazione delle retribuzioni ridotte e allego la relativa documentazione per:

gravidanza e puerperio (autocertificazione)

malattia o inabilità temporanea al lavoro derivante da infortunio di durata superiore a 7 giorni (certificato Inail)

### ● NEL CASO IN CUI IL DIRITTO ALLA PENSIONE DI INABILITÀ NON VENGA RICONOSCIUTO CHIEDO

l'assegno ordinario di invalidità

l'assegno privilegiato di invalidità

Firma \_\_\_\_\_



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 5/10 Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(art. 11 e 12 del TUIR - DPR 917/1986 e successive modificazioni)

**Dichiaro di aver diritto alla detrazione di imposta, a decorrere dal** \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

### Detrazioni e agevolazioni personali (articoli 13 e 11 del Testo unico sui redditi)

- per redditi di lavoro dipendente, assimilati e di pensione
- perchè alla formazione del reddito annuo complessivo concorrono soltanto redditi da pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro annui e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze

### Detrazioni per carichi di famiglia (articolo 12 del Testo unico sui redditi)

- per il coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato con reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili previsti dall'art. 10 del Testo unico imposte sui redditi)
- per il primo figlio a carico in assenza del coniuge compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati che posseggano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili di cui all'art. 10 del Testo unico imposte sui redditi)

### Detrazione per i figli a carico

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA

A  PROV.  STATO

al 100%  al 50%  minore di tre anni  disabile

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA

A  PROV.  STATO

al 100%  al 50%  minore di tre anni  disabile

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA

A  PROV.  STATO

al 100%  al 50%  minore di tre anni  disabile



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 6/10 Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(art. 11 e 12 del TUIR - DPR 917/1986 e successive modificazioni)

### Primo figlio a carico in assenza del coniuge

(L'assenza del coniuge si verifica quando l'altro genitore è deceduto o è separato o non ha riconosciuto i figli naturali)

NOME  COGNOME   
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA   
 A  PROV.  STATO

### Altri familiari a carico che posseggano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro

(al lordo degli oneri deducibili di cui all'art. 10 del TUIR)

NOME  COGNOME   
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA   
 A  PROV.  STATO

a carico dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  al 100%  al 50%  altra aliquota \_\_\_\_\_ %

NOME  COGNOME   
 CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA   
 A  PROV.  STATO

a carico dal \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  al 100%  al 50%  altra aliquota \_\_\_\_\_ %

### ● Questa parte deve essere compilata solo da chi risiede in Veneto o in Lombardia

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver diritto alla riduzione dell'aliquota di addizionale regionale per la:

**Regione Lombardia** (Legge Regionale 14 luglio 2003, n. 10)

- perché possiedo redditi non superiori a € 10.329,14, derivanti esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili.

**Regione Veneto** (Legge Regionale 21 dicembre 2006, n. 27)

- perché possiedo un reddito imponibile non superiore a 50.000,00 euro ed ho a carico tre figli (la soglia del reddito imponibile è innalzata di euro 10.000,00 per ogni figlio a carico oltre il terzo).
- perché possiedo un reddito imponibile, non superiore a 45.000,00 euro ed ho a carico fiscalmente un disabile (articolo 12 del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917).
- perché sono un disabile con un reddito imponibile non superiore a 45.000,00 euro (per disabile si intende il soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104).





**Domanda di Pensione ordinaria di  
inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 7/10  
Richiesta di pagamento della pensione presso banca**

BANCA  AGENZIA N.   
 INDIRIZZO   
 CAP   CITTA'   
 CODICE ABI   CODICE CAB

(I codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca)

**Chiedo** il pagamento: (Barrare la casella corrispondente)

**ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** (solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214 )

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su carta prepagata, la Banca deve compilare la parte sottostante.

**SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO**

CODICE IBAN

CODICE BIC  (indicare i codici IBAN e BIC solo se utilizzati)

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca

**SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO**

CODICE IBAN

CODICE BIC

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca

**SU CARTA PREPAGATA N.** \_\_\_\_\_

CODICE IBAN

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro della banca



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 8/10 Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane

UFFICIO POSTALE DI  N.   
 INDIRIZZO   
 CAP   CITTA'   
 CODICE ABI   CODICE CAB/ FRAZIONARIO

*(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)*

**Chiedo** il pagamento: *(Barrare la casella corrispondente)*

**ALLO SPORTELLO IN CONTANTI** (solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214)

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su INPS card, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

**SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N.** \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro d'ufficio postale

**SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO**

CODICE IBAN

CODICE BIC

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro d'ufficio postale

**SU INPS CARD, A ME INTESATA**

*Allo sportello postale si può richiedere INPS card, una carta elettronica sulla quale è possibile accreditare direttamente e gratuitamente la sua pensione ogni mese.*

CODICE IBAN

CODICE BIC

data \_\_\_\_\_

firma del funzionario \_\_\_\_\_

timbro d'ufficio postale



## Domanda di Pensione ordinaria di inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 9/10

### Elenco documenti allegati

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Copia di un documento di identità          | <input type="checkbox"/> Foglio matricolare                                    |
| <input type="checkbox"/> Copia sentenza di separazione o divorzio   | <input type="checkbox"/> Autocertificazione periodi di maternità o di malattia |
| <input type="checkbox"/> Modulo redditi/Impresa                     | Copia dei bollettini di pagamento di:  |
| <input type="checkbox"/> Modulo RED                                 | <input type="checkbox"/> Versamenti volontari                                  |
| <input type="checkbox"/> Modulo prestazioni accessorie              | <input type="checkbox"/> Riscatto laurea                                       |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/patronato                    | <input type="checkbox"/> Rendita vitalizia                                     |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/sindacato                    | <input type="checkbox"/> Ricongiunzione  |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega riscossione pensione         | <input type="checkbox"/> Lavoro all'estero                                     |
| <input type="checkbox"/> Modulo residenza                           | <input type="checkbox"/> Lavoratore domestico                                  |
| <input type="checkbox"/> Modulo posta                               | Altro:   |
| <input type="checkbox"/> Modulo banca                               | <input type="checkbox"/> -----   |
| <input type="checkbox"/> Modulo agevolazioni ex combattenti (COMB1) | <input type="checkbox"/> -----   |

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti. Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

Data -----

Firma -----

## Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”)**

*L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti 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 le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.*

*Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate 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 in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.*

*I suoi 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, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.*

*Il conferimento dei dati è 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 territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.*



**Domanda di Pensione ordinaria di  
inabilità - Pensione privilegiata di inabilità - 10/10  
Dichiarazione cessazione attività lavorativa**

ALL'UFFICIO INPS DI

NOME  COGNOME

CODICE FISCALE  NATO/A IL GG/MM/AAAA

A  PROV.  STATO

RESIDENTE IN  PROV.  STATO

INDIRIZZO  CAP

TELEFONO  CELLULARE

INDIRIZZO E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO  NUMERO

RILASCIATO DA  IN DATA

**DICHIARO**

Di aver cessato la mia attività lavorativa il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Di aver presentato domanda di pensione il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa) protocollo n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**DA RICORDARE**

Questo modulo va compilato e consegnato dopo aver effettivamente terminato l'attività lavorativa.

**Certificato medico (SS3) - 1/5**

Il modulo deve essere compilato in ogni singola parte dal medico certificante e consegnato in busta chiusa

● ALL'UFFICIO INPS DI ● NOME  ● COGNOME ● CODICE FISCALE  ● NATO/A IL GG/MM/AAAA ● A  ● PROV.  ● STATO ● RESIDENTE IN  ● PROV.  ● STATO ● INDIRIZZO  ● CAP ● TELEFONO  ● CELLULARE ● INDIRIZZO E-MAIL ● DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO  ● NUMERO ● RILASCIATO DA  ● IN DATA 

● attività varie svolte nella vita lavorativa pregressa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● occupazione attuale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● eventuali fattori di rischio connessi con le attività lavorative svolte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● data della cessazione del lavoro \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

● anamnesi remota e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) <sup>(1)</sup>

\_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri



## Certificato medico (SS3) - 2/5

- è titolare di rendita, pensione, indennizzi ecc. \_\_\_\_\_
- specificare grado e percentuale \_\_\_\_\_
- stato generale \_\_\_\_\_ alt. m. \_\_\_\_\_ peso kg. \_\_\_\_\_  
cute, annessi a sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- apparato cardiovascolare  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

polso \_\_\_\_\_ respiro \_\_\_\_\_ press.art. \_\_\_\_\_

- apparato respiratorio  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- apparato digerente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ernie (sede, riducibilità, uso di cinti)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Certificato medico (SS3) - 3/5

● organi ipocondriaci

-----  
-----  
-----

● apparato osteoarticolare (in particolare evidenza le limitazioni funzionali)

● scheletro

-----  
-----  
-----

● articolazioni

-----  
-----  
-----

● è provvisto di apparecchio protesico

-----  
-----  
-----

● sistema endocrino

-----  
-----  
-----

● sistema nervoso e psiche

-----  
-----  
-----

● occhi e vista

-----  
-----  
-----



**Certificato medico (SS3) - 4/5**

- **apparato urogenitale**

-----  
-----  
-----

- **altri organi e apparati**

-----  
-----  
-----

- **documentazione sanitarie esibite dall'assicurato (cartelle cliniche - accertamenti mutualistici ecc)**

-----  
-----  
-----

- **eventuali terapie praticate**

-----  
-----  
-----

- **diagnosi**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Data -----

Timbro del medico  
( con indirizzo e codice )

Firma del medico -----





## Certificato medico (SS3) - 5/5

● **QUESTO MODULO È PERVENUTO AL SANITARIO IL** \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

- risulta contenzioso giudiziario
  - in corso
  - definito con esito
- non risulta contenzioso giudiziario
  - in corso
  - definito con esito

Il collaboratore Sanitario

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- richiedere ulteriore documentazione sanitaria

● **PARERE DEL MEDICO INPS**

*Barrare la casella corrispondente*

- invitare a visita il Sig. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)
- richiedere ulteriori documentazioni sanitarie

E' da considerare

- invalido
- non invalido
- inabile
- non inabile