

indennità di frequenza riconoscimento stato di handicap (L.104/192)

Da marzo 2026 la provincia di Treviso fa parte della sperimentazione della “**Riforma della Disabilità**”. **Cambia la procedura di accertamento dello stato di invalidità civile: il certificato medico introduttivo, compilato da un medico certificatore (medico di base e altri), vale anche come domanda amministrativa, che va completata con l’invio telematico obbligatorio dei dati socio-economici.**

Lista dei documenti necessari alla richiesta

1. Certificato Medico Introduttivo: Medico Certificatore

Da portare al medico certificatore per redigere il certificato e avviare l’iter:

- 1) Copia **Carta d’Identità del minore in corso di validità** e di entrambi i genitori; per cittadini non comunitari titolo di soggiorno valido del minore e di entrambi i genitori
- 2) Codice Fiscale del minore (Tessera Sanitaria blu) e di entrambi i genitori
- 3) **Copia della documentazione sanitaria recente (ultimi 12 mesi) ordinata per data**, come indicato nelle pagine seguenti, compresa quella **specificata in caso di determinate patologie**
- 4) Copia di eventuali precedenti verbali

Se il vostro medico non può compilare il certificato puoi fissare un appuntamento con il medico certificatore convenzionato con il Patronato INCA (prestazione in libera professione).

2. Completamento pratica: Patronato INCA

Da portare al Patronato INCA per completare contestualmente la pratica:

- A. Copia **Carta d’Identità del minore in corso di validità** e di entrambi i genitori; per cittadini non comunitari titolo di soggiorno valido del minore e di entrambi i genitori
- B. Codice Fiscale del minore (Tessera Sanitaria blu) e di entrambi i genitori
- C. Copia Certificato Medico Introduttivo compilato dal medico
- D. In caso di ricovero, i periodi e i dati della struttura ospitante, precisando se con retta a carico; in caso di ricoveri a pagamento, allegare ultima fattura della struttura
- E. In caso di frequenza scolastica in strutture convenzionate (asili nido, scuole dell’obbligo o centri riabilitativi), indicare i dati della struttura
- F. Coordinate bancarie e/o postali del conto/libretto intestato al minore (IBAN) oppure Autorizzazione alla riscossione in contanti da parte dell’altro genitore, con firme di entrambi i genitori autenticate da pubblico ufficiale (mod. AP70 / Quadro E, *in allegato*)
- G. Assunzione di responsabilità firmata da entrambi i genitori (mod. AP70, *in allegato*)

L’iscrizione alla CGIL garantisce la gratuità di tutte le prestazioni.

Documentazione sanitaria

Per tutti:

- Lettera di dimissione di eventuali ricoveri
- Esiti di visite o controlli specialistici (visite cardiologiche, neurologiche, psichiatriche o fisiatriche)
- Relazioni di strutture specialistiche (Istituto Nostra Famiglia, Burlo, etc.)

Inoltre, oltre a quanto sopra riportato:

Per pazienti oncologici (ex L.80):

- Lettera di dimissione dell'eventuale intervento
- Referto istologico
- Follow-up oncologico con eventuali controlli (es: radiologici)

Per persone sorde:

- Audiogrammi (anteriori al 12° anno di età)

Per persone cieche:

- Referti visite oculistiche con eventuali campimetrie (campo visivo)

NOTA BENE:

- Non sono necessarie le cartelle cliniche integrali, ma sono sufficienti le lettere di dimissione.
- Per gli elettrocardiogrammi, RX, Elettroencefalogrammi non è necessario il tracciato/lastra, ma la sola refertazione.
- La documentazione sanitaria non deve risalire a oltre i 12/14 mesi dalla presentazione della domanda e deve essere rilasciata da strutture SSN o accreditate convenzionate.
- **Non sono utili le analisi del sangue.**

(segue)

Documentazione sanitaria specifica

Obbligatoria, in aggiunta, in presenza delle patologie di seguito indicate

Per pazienti con DIABETE TIPO B:

- Relazione sullo stato della condizione diabetica da medico SSN o convenzionato
- Documentazione su ricoveri/accessi correlati al diabete presso strutture sanitarie
- Documentazione (referti, indagini) relativa a eventuali complicanze (nefrologo, oculista, cardiologo, etc.)
- Emoglobina glicata (HbA1c) recente

Per pazienti con SCLEROSI MULTIPLA:

- Relazione specialistica neurologica rilasciata da medici SSN o strutture private convenzionate
- Risonanza magnetica encefalo
- Valutazione EDSS
- Eventuale ulteriore documentazione (esami di laboratorio, complicanze, etc.)

Per pazienti con DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO:

- Relazione specialistica (neuropsichiatrica infantile)
- Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey InterviewForm



Elementi socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni di invalidità civile – 1 / 2

(ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Assunzione di responsabilità

(Il presente foglio deve essere stampato, firmato e inviato telematicamente)

La/Il sottoscritta/o _____ si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

La/Il sottoscritta/o _____ è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Luogo e data _____ Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

L'Inps, in qualità di Titolare del trattamento, con sede legale in Roma, via Ciriaco De Mita, n. 21, la informa che i dati personali forniti nell'ambito del procedimento che la riguarda, compresi quelli di cui agli artt. 9 e 10 del Regolamento UE, sono trattati in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE medesimo e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, al fine di definire la domanda e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse o per garantire il rispetto di obblighi di legge.

Il trattamento dei suoi dati personali potrà avvenire mediante l'utilizzo di strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza nel rispetto delle indicazioni previste dal Regolamento UE, a partire da quanto indicato agli artt. da 5 a 11, e sarà svolto da dipendenti dell'Istituto appositamente autorizzati ed istruiti. Solo eccezionalmente, i suoi dati potranno essere conosciuti e trattati da soggetti che, nel fornire specifici servizi o svolgere attività strumentali per conto dell'INPS, operano in qualità di Persone autorizzate o Responsabili del trattamento designati dall'Istituto, nel rispetto e con le garanzie a tale scopo indicate dal Regolamento UE. Nei casi previsti da disposizioni legislative o, se previsto per legge, di regolamento e nel rispetto dei limiti dagli stessi fissati, i dati personali possono essere comunicati dall'INPS ad altri soggetti pubblici o privati che operano in qualità di autonomi Titolari del trattamento, nei limiti strettamente necessari e per la sola finalità per cui si è proceduto alla comunicazione. La diffusione dei dati forniti è possibile solo su espressa previsione di legge o, se previsto per legge, di regolamento.

Il conferimento dei dati non indicati con asterisco è obbligatorio, poiché previsto dalle leggi, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria, che disciplinano la prestazione e gli adempimenti ad essa connessi; la mancata fornitura dei dati richiesti può comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti, oltre che, in taluni casi individuati dalla normativa di riferimento, anche l'applicazione di sanzioni. Alcuni trattamenti effettuati dall'Inps, per le finalità elencate in precedenza, possono prevedere il trasferimento dei dati personali all'estero, all'interno e/o all'esterno dell'Unione Europea. Qualora ciò sia necessario, l'Inps nel garantire il rispetto del Regolamento UE (art. 45), procede al trasferimento dei dati soltanto verso quei Paesi che garantiscono un adeguato livello di protezione degli stessi.

Nei casi previsti, lei ha il diritto ad opporsi al trattamento o ad ottenere dall'Inps, in qualunque momento, l'accesso ai dati personali che la riguardano, la rettifica o la cancellazione degli stessi e la limitazione del trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza può essere presentata all'INPS tramite il Responsabile della protezione dei dati all'indirizzo: INPS - Responsabile della Protezione dei dati personali, Via Ciriaco De Mita, n. 21, cap. 00144, Roma; posta elettronica certificata: responsabileprotezionedati.inps@postacert.inps.gov.it.

Qualora ritenga che il trattamento di dati personali che la riguardano sia effettuato dall'Inps in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE, ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE) o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 Regolamento UE). Ulteriori informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati e ai diritti che le sono riconosciuti, possono essere reperiti sul sito istituzionale www.inps.it, "Informazioni sul trattamento dei dati personali degli utenti dell'INPS, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679", oppure sul sito www.garanteprivacy.it del Garante per la protezione dei dati personali.

Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 10/15

Quadro E (consenso riscossione altro genitore)

Compilare a cura dei genitori del minore richiedente la prestazione nel caso di consenso alla riscossione da parte di un genitore nei confronti dell'altro

● Autorizzazione alla riscossione di un genitore nei confronti dell'altro

(Compilare nel caso di autorizzazione alla riscossione da parte del genitore dichiarante nei confronti dell'altro. L'autorizzazione produrrà i suoi effetti nel solo caso di riscossione in contanti. L'autorizzazione non è ammessa qualora la pensione sia riscossa su conto corrente bancario o su conto corrente/libretto postale)

Il / La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

consente che le provvidenze economiche del minore:

Nome _____ Cognome _____

CF _____ n. domus _____

vengano corrisposte all'altro genitore:

Nome _____ Cognome _____

CF/P.IVA _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail/P.E.C. _____

Data _____ Firma di entrambi i genitori _____

● Autenticazione della sottoscrizione

(L'autenticazione della firma può essere effettuata da un funzionario Inps, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal sindaco (art. 21, comma 2, D.P.R. n. 445/2000))

Spazio riservato al Pubblico Ufficiale

Io sottoscritto _____ Funzionario incaricato _____

Ricevo la dichiarazione sottoscritta dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

e dal Sig/Sig.ra. _____

Identificato/a mediante documento di riconoscimento _____ N _____

Rilasciato da _____ data scadenza (gg/mm/aaaa) _____

Luogo _____ e data _____

Firma del funzionario _____

N.B. Il presente quadro, se compilato, deve essere stampato, firmato, autenticato le firme e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.