

1. Generalità

1.1 Dati personali

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

femminile maschile

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

1.2 Domicilio legale e indirizzo completo

NAP, Luogo

Via, n°

Numero di telefono

E-Mail

Attuale luogo di residenza (se diverso dal domicilio legale, p.es. ospedale o casa di cura)

Nome dell'istituto

NAP, Luogo

Via, n°

1.3 Curatela

Esiste una curatela?

sì no

Se sì, nome e indirizzo del curatore/rappresentante

Se sì, si accludano alla presente richiesta copia della risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti.

1.4 Situazione attuale

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Generalità del coniuge o del(la) partner registrato(a)

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

1.5 Eventuale matrimonio(i) o unione(i) domestica registrata precedente

Data del matrimonio/della registrazione

Stato civile

dal

gg, mm, aaaa

Dati personali dell'ex-coniuge / dell'ex-partner

Cognome

indicare anche il cognome da nubile

Nomi

tutti i nomi, nome usuale in maiuscolo

Data di nascita

gg, mm, aaaa

Numero d'assicurato

13 cifre. Il numero AVS figura anche sulla tessera svizzera d'assicurazione malattie.

2. Figli

Indicare tutti i figli, anche se già maggiorenni.

Cognome	nome	Data di nascita	Sesso	Ev. data decesso	Statuto
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
		gg, mm, aaaa		gg, mm, aaaa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
		gg, mm, aaaa		gg, mm, aaaa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
		gg, mm, aaaa		gg, mm, aaaa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="radio"/> figlio proprio <input type="radio"/> figliastro <input type="radio"/> affiliato
		gg, mm, aaaa		gg, mm, aaaa	

3. Indicazioni generali

3.1 Attività lucrativa

Tipo di attività svolta

% di occupazione

Nome e indirizzo del datore di lavoro

3.2 Prestazioni a seguito di incapacità lavorativa

Dall'inizio dell'incapacità lavorativa ha ricevuto prestazioni da uno dei seguenti enti?

da un'assicurazione d'indennità giornaliera?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero di riferimento

dalla SUVA o da un'altra assicurazione obbligatoria contro gli infortuni?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero d'infortunio e/o numero di riferimento

dall'assicurazione militare?

Nome e indirizzo dell'assicurazione, incluso il numero d'infortunio

da un istituto di previdenza professionale?

Nome e indirizzo dell'istituto di previdenza

dall'ufficio del sostegno sociale?

Nome e indirizzo dell'ufficio del sostegno sociale

dall'assicurazione contro la disoccupazione o da un ufficio regionale di collocamento (URC)?

Nome e indirizzo della cassa disoccupazione (se é stata riconosciuta un'indennità disoccupazione) o dell'URC

dal suo datore di lavoro?

4. Modalità di pagamento

Conto bancario Conto postale

Intestato a

nomi/cognomi

IBAN

Nome e indirizzo della banca

5. Autorizzazione a fornire informazioni

In quanto titolare del diritto di presentare la richiesta di prestazioni, e con la firma di questo formulario, la persona assicurata o il/la suo/sua rappresentante legale autorizza le persone e gli enti indicati nella richiesta a fornire tutte le informazioni e a mettere a disposizione tutti i documenti, necessari per l'accertamento del diritto a prestazioni e di regresso. Queste persone ed enti sono soggetti all'obbligo di informare.

I datori di lavoro non segnatamente indicati, i fornitori di prestazioni secondo gli articoli 36–40 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), assicurazioni ed uffici amministrativi sono autorizzati, su richiesta, a fornire agli organi dell'Assicurazione invalidità tutte le informazioni e a mettere a disposizione tutti i documenti, necessari per l'accertamento del diritto a prestazioni e di regresso.

Con la firma di questo formulario il/la rappresentante legale della persona assicurata o il suo/la sua rappresentante autorizza anche avvocati/avvocatesse a rilasciare informazioni a riguardo del regresso verso terzi.

Questa autorizzazione conferisce diritto all'Assicurazione invalidità di informare gli interessati nell'ambito dell'integrazione (medici curanti, datori di lavoro, istituzioni).

6. Firma/allegati

Il/la sottoscritto(a) conferma che tutti i dati indicati in questo formulario e i rispettivi allegati sono completi e veritieri.

Data

Firma della persona assicurata o del rappresentante

Indirizzo del rappresentante se la persona assicurata non è in grado di firmare

Osservazioni

Alla domanda vanno allegati:

- attestazione compilata in modo completo dal suo medico curante conformemente al punto 7
- copia di un documento personale ufficiale (ad esempio libretto di famiglia)
- per cittadini stranieri: copia del permesso per stranieri
- copia della conferma dei figli agli studi, qualora lei abbia figli tra i 18 e i 25 anni in formazione

Si accludano inoltre:

- attestati di formazione, attestazioni delle aziende formatrici, di scuole superiori e dei datori di lavoro, certificati medici, copia della sentenza di separazione coniugale o di divorzio arrecante il timbro di crescita in giudicato o copia della convenzione di divorzio o di separazione vidimata legalmente, copia dei certificati di nascita dei figli, certificato di esistenza in vita, certificato di morte, risoluzione di curatela e una descrizione degli obblighi e dei compiti

Per favore non unire i vostri documenti

7. Attestazione medica

Voglia far compilare la presente attestazione dal suo medico curante

7.1 Indicazioni riguardanti lo stato di salute (tipo di danno alla salute, ripercussione sulla capacità lavorativa)

7.2 Indicazioni a riguardo dell'incapacità lavorativa

Dalla decisione di riduzione della rendita, rispettivamente dalla decisione di soppressione della rendita, la persona assicurata ha esercitato un'attività lavorativa?

sì Qual'è l'incapacità lavorativa fino ad oggi nell'ultima attività esercitata, riferita ad un pensum del 100%?

no Qual'è l'incapacità lavorativa fino ad oggi in attività ritenute esigibili dopo la decisione di riduzione, rispettivamente dopo la decisione di soppressione della rendita, riferite ad un pensum del 100%?

IL in %

dal

al

gg, mm, aaaa

gg, mm, aaaa

7.3 Prognosi

A partire da quando la persona assicurata potrà nuovamente riprendere l'attività descritta alla cifra 7.2 (prognosi)?

La ripresa di quest'attività necessita di particolari condizioni?

7.4 Risorse

Quali altre risorse/capacità ha la persona assicurata, qualora non potesse più esercitare l'attività descritta alla cifra 7.2?

7.5 Osservazioni complementari

La invitiamo cortesemente ad allegare copia di rapporti ospedalieri o specialistici attuali.

7.6 Infortunio o origine del danno

Il danno alla salute é da ricondurre interamente o parzialmente a:

- Un infortunio (per es. circolazione stradale, nell'esercizio di un'attività professionale o sportiva, atto di violenza, ecc.)
- Un altro avvenimento (per es. possibile violazione delle regole dell'arte medica, infezione contratta in un ospedale, danni causati da animali o prodotti, tentativo di suicidio, ecc.)

Osservazioni supplementari a riguardo dei fatti

7.7 Firma

Cognome, nome, data e firma del medico

Indirizzo esatto (studio/reparto)

Per la fatturazione di questo questionario é da utilizzare la posizione TarMed 00.2205 (rapporto di decorso AI). Qualora si sia resa necessaria una visita e un consulto, queste possono essere fatturate secondo tariffa.

8. Punto d'inoltro della domanda di prestazioni

La domanda di prestazioni va inoltrata all'Ufficio invalidità del cantone di domicilio.