

Persona assicurata

Cognome, nome

Numero AVS (756.xxxx.xxxx.xx)

Per favore crociare i dati con i giorni effettivi di integrazione

Anno: Mese:

Anno: Mese:

Assenza dal domicilio:

5 fino a 8 ore	oltre le 8 ore	5 fino a 8 ore	oltre le 8 ore
<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 16.	<input type="checkbox"/> 16.
<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 17.	<input type="checkbox"/> 17.
<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 18.	<input type="checkbox"/> 18.
<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 19.	<input type="checkbox"/> 19.
<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 20.	<input type="checkbox"/> 20.
<input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 21.	<input type="checkbox"/> 21.
<input type="checkbox"/> 7.	<input type="checkbox"/> 7.	<input type="checkbox"/> 22.	<input type="checkbox"/> 22.
<input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 23.	<input type="checkbox"/> 23.
<input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 24.	<input type="checkbox"/> 24.
<input type="checkbox"/> 10.	<input type="checkbox"/> 10.	<input type="checkbox"/> 25.	<input type="checkbox"/> 25.
<input type="checkbox"/> 11.	<input type="checkbox"/> 11.	<input type="checkbox"/> 26.	<input type="checkbox"/> 26.
<input type="checkbox"/> 12.	<input type="checkbox"/> 12.	<input type="checkbox"/> 27.	<input type="checkbox"/> 27.
<input type="checkbox"/> 13.	<input type="checkbox"/> 13.	<input type="checkbox"/> 28.	<input type="checkbox"/> 28.
<input type="checkbox"/> 14.	<input type="checkbox"/> 14.	<input type="checkbox"/> 29.	<input type="checkbox"/> 29.
<input type="checkbox"/> 15.	<input type="checkbox"/> 15.	<input type="checkbox"/> 30.	<input type="checkbox"/> 30.
		<input type="checkbox"/> 31.	<input type="checkbox"/> 31.

Assenza dal domicilio:

5 fino a 8 ore	oltre le 8 ore	5 fino a 8 ore	oltre le 8 ore
<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 16.	<input type="checkbox"/> 16.
<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 17.	<input type="checkbox"/> 17.
<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 18.	<input type="checkbox"/> 18.
<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 19.	<input type="checkbox"/> 19.
<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 20.	<input type="checkbox"/> 20.
<input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 21.	<input type="checkbox"/> 21.
<input type="checkbox"/> 7.	<input type="checkbox"/> 7.	<input type="checkbox"/> 22.	<input type="checkbox"/> 22.
<input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 23.	<input type="checkbox"/> 23.
<input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 24.	<input type="checkbox"/> 24.
<input type="checkbox"/> 10.	<input type="checkbox"/> 10.	<input type="checkbox"/> 25.	<input type="checkbox"/> 25.
<input type="checkbox"/> 11.	<input type="checkbox"/> 11.	<input type="checkbox"/> 26.	<input type="checkbox"/> 26.
<input type="checkbox"/> 12.	<input type="checkbox"/> 12.	<input type="checkbox"/> 27.	<input type="checkbox"/> 27.
<input type="checkbox"/> 13.	<input type="checkbox"/> 13.	<input type="checkbox"/> 28.	<input type="checkbox"/> 28.
<input type="checkbox"/> 14.	<input type="checkbox"/> 14.	<input type="checkbox"/> 29.	<input type="checkbox"/> 29.
<input type="checkbox"/> 15.	<input type="checkbox"/> 15.	<input type="checkbox"/> 30.	<input type="checkbox"/> 30.
		<input type="checkbox"/> 31.	<input type="checkbox"/> 31.

Nota bene

L'assicurazione invalidità rimborsa le spese per il percorso più breve dal domicilio al centro appropriato per l'attuazione dei provvedimenti più vicino.

Osservazioni

Voglia inviare questo formulario all'Ufficio AI competente.