

**Fasce 34, 35, 36, 40, 48 dei residenti in Sicilia**

**LOGO Prefettura** Prefettura di

**Modulo ICINC01**

Prestazione a favore di  
INVCIV n.....Sede di.....

**Dichiarazione di responsabilità ex articolo 1, comma 249, legge 23 dicembre 1996, n.662, ai sensi delle leggi n. 15/1968 e n. 45/1986.**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il .....  
codice fiscale .....  
residente in.....via .....  
titolare di assegno mensile in qualità di invalido civile, con riferimento alla permanenza o meno del requisito di iscrizione nelle liste speciali di collocamento obbligatorio previsto dall'articolo 13 della legge 30 marzo 1971, n. 118

DICHIARA (barrare la casella interessata)

- DI ESSERVI ISCRITTO
- DI NON ESSERVI PIU' ISCRITTO DAL .....
- DI NON ESSERVI PIU' ISCRITTO DAL ..... E DI SVOLGERE ATTIVITA' LAVORATIVA E DI AVER CONSEGUITO UN REDDITO PER L'ANNO 2005 PARI A .....

Data.....Firma (1).....

**(1) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi tutori o curatori, altrimenti dovrà essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 256, legge 23 dicembre 1996, n. 662).**

Nel caso si tratti di disabili intellettivi o minorati psichici, in sostituzione della presente dichiarazione, entro il 31 marzo 2008, deve essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 254, legge 23 dicembre 1996, n. 662).

**DA RICORDARE**

**Ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa.(Testo A)", la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

Pertanto, le persone impossibilitate a sottoscrivere il presente modulo potranno rilasciare la dichiarazione davanti a funzionario incaricato dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, del Comune, della Prefettura, organi incaricati dalla legge n. 662/1996 a ricevere la medesima. Il funzionario accerterà l'identità del dichiarante (articolo 4 del D.P.R. n. 445/2000)

<sup>1</sup> La invitiamo a restituire tale dichiarazione entro il **31 marzo 2008**. Le ricordiamo che può essere spedita o presentata direttamente all'Azienda Sanitaria locale (Asl) competente per territorio, al Comune, alla Prefettura.

Prestazione a favore di  
INVCIV n.....Sede di.....

**Dichiarazione di responsabilità ex articolo 1, comma 249, legge 23 dicembre 1996, n.662, ai sensi delle leggi n. 15/1968 e n. 45/1986.**

Il/La sottoscritto/a .....nato/a il .....  
codice fiscale .....  
residente in.....via .....  
titolare di assegno mensile in qualità di invalido civile, con riferimento alla permanenza o meno del requisito di iscrizione nelle liste speciali di collocamento obbligatorio previsto dall'articolo 13 della legge 30 marzo 1971, n. 118

DICHIARA (barrare la casella interessata)

- DI ESSERVI ISCRITTO
- DI NON ESSERVI PIU' ISCRITTO DAL .....
- DI NON ESSERVI PIU' ISCRITTO DAL ..... E DI SVOLGERE ATTIVITA' LAVORATIVA E DI AVER CONSEGUITO UN REDDITO PER L'ANNO 2005 PARI A .....

Data.....Firma (1).....

**(1) Per gli invalidi civili il cui handicap non consente loro di autocertificare, se interdetti o inabilitati, la dichiarazione dovrà essere presentata dai rispettivi tutori o curatori, altrimenti dovrà essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 256, legge 23 dicembre 1996, n. 662).**

Nel caso si tratti di disabili intellettivi o minorati psichici, in sostituzione della presente dichiarazione, entro il 31 marzo 2008, deve essere presentato un certificato medico (articolo 1, comma 254, legge 23 dicembre 1996, n. 662).

**DA RICORDARE**

**Ai sensi dell'articolo 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative in materia di documentazione amministrativa.(Testo A)", la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

Pertanto, le persone impossibilitate a sottoscrivere il presente modulo potranno rilasciare la dichiarazione davanti a funzionario incaricato dell'Azienda Sanitaria Locale competente per territorio, del Comune o della Sede INPS, organi incaricati dalla legge n. 662/1996 a ricevere la medesima. Il funzionario accerterà l'identità del dichiarante (articolo 4 del D.P.R. n. 445/2000)

<sup>1</sup> La invitiamo a restituire tale dichiarazione entro il **31 marzo 2008**. Le ricordiamo che può essere spedita o presentata direttamente all'Azienda Sanitaria locale (Asl) competente per territorio, al Comune o alla Sede INPS.