

Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 4/15

Quadro B Compilare in caso di riconoscimento d'invalidità civile parziale (dal 74%)

	à cho:	
O Dichiaro sotto la mia responsabilità		
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:	
<u> </u>	ai svolto alcuna attività lavorativa	
	con un reddito imponibile pari a € to 1999, n. 68 e Dlgs 10/09/2003 n. 276 <i>(Cooperative sociali e conve</i>	nzioni – quadro)
	o imponibile pari a €	
o ho/ha svolto attività lavorativa c	dal al con un reddito imponibile pari a € 2 marzo 1999, n. 68 e DIgs 10/09/2003 n. 276 <i>(Cooperative sociali e</i>	
	con un reddito imponibile pari a €	e convenzioni –
	con un reduito imponibile pan a €	
Dichiarazione di Opzione	à aha	
O Dichiaro sotto la mia responsabilità		
* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	e/i dichiaro/dichiarano che il titolare della prestazione:	
	estazioni erogate a titolo di invalidità	
	restazione di invalidità erogata da	
e di voler optare per la prestazio	one economica erogata da	
·	pubbliche o private che impartiscono l'istruzione obbligatoria	
Dichiarazione di frequenza	Substitute of private one impartissions ristruzione obbligatoria	
·		
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore:Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20	dichiaro/dichiarano, che il minore:Cognome /20 alla classe:	'
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20 O Scuola primaria dell'obbligo	dichiaro/dichiarano, che il minore:Cognome /20 _ alla classe: O I O II O III O IV O V	,
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20 Scuola primaria dell'obbligo Scuola secondaria di I grado	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome /20 alla classe: O I O II O III O IV O V O I O II O III	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20 O Scuola primaria dell'obbligo O Scuola secondaria di I grado O Scuola secondaria di II grado	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome /20 alla classe: O I O II O III O IV O V O I O II O III	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20 O Scuola primaria dell'obbligo O Scuola secondaria di I grado O Scuola secondaria di II grado Presso l'Istituto	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome /20 _ alla classe: O I O II O III O IV O V O I O II O III O I O II	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20 O Scuola primaria dell'obbligo O Scuola secondaria di I grado O Scuola secondaria di II grado Presso l'Istituto Denominazione struttura	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome /20 _ alla classe:	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20	dichiaro/dichiarano, che il minore:Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20 Scuola primaria dell'obbligo Scuola secondaria di I grado Scuola secondaria di II grado presso l'Istituto Denominazione struttura n CAP Comune cell P.E.C.	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome/20 alla classe:	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	. – – – – – – – – – – – – – – – – – – –
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome 1) è iscritto nell'anno scolastico 20	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	. – – – – – – – – – – – – – – – – – – –
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	
Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	
In qualità di rappresentante/i legale/i d Nome	dichiaro/dichiarano, che il minore: Cognome	



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 5/15

Quadro B2

compilare in caso di riconoscimento dell'indennità di frequenza ai minori che frequentano asili nido, scuole materne, scuole secondarie di Il grado oltre il periodo di obbligo formativo, centri di formazione o addestramento finalizzato al reinserimento, centri specializzati nel trattamento terapeutico o di riabilitazione pubblici o privati in regime convenzionale.

Nome	Dichiarazione di frequenza In qualità di rappresentante/i legale/i dichiaro/dichiarano, che il minore:
o asilo nido o pubblico o privato convenzionato o privato Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) o privata convenzionata o privata Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) o privata convenzionata o privata Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) o Privata convenzionata o privata Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) o Privata convenzionata o privata Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) o Privato convenzionato o Privato Durata del corso Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) o Privato convenzionato o Privato Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) o Privato convenzionato o Privato convenzionato o Privato convenzionale specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap o Pubblico o Privato convenzionato Privato convenzionato o Privato convenzionato Privato convenzionato o	Nome,
Durata del corso dal (gg/mm/aaaa)al (gg/mm/aaaa) scuola dell'infanzia	1) frequenta regolarmente
Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) scuola secondaria di II grado	·
O pubblica O privata convenzionata O privata Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) O Centro di Formazione o di addestramento professionale finalizzato al reinserimento sociale O pubblico O privato convenzionato O privato Titolo del corso Finallità del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) Frequenza al corso O settimanale Indicare quante volte alla settimana O mensile Indicare quanti giorni al mese Centro ambulatoriale o centro diurno, anche di tipo semi-residenziale, purché operante in regime convenzionale specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap O pubblico O privato convenzionato Finallità del corso Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) Frequenza al corso O settimanale Indicare quante volte alla settimana O mensile Indicare quanti giorni al mese Denominazione struttura Via/piazza n CAP Comune Provincia Tel cell P.E.C e-mail sede legale CF/P.IVA	
Centro di Formazione o di addestramento professionale finalizzato al reinserimento sociale pubblico privato convenzionato privato Titolo del corso	o pubblica o privata convenzionata o privata
O pubblico O privato convenzionato O privato Titolo del corso	
Titolo del corso	
Frequenza al corso o settimanale Indicare quante volte alla settimana o mensile Indicare quanti giorni al mese Centro ambulatoriale o centro diurno, anche di tipo semi-residenziale, purché operante in regime convenzionale specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap o pubblico o privato convenzionato Finalità del corso	Titolo del corso
 mensile Indicare quanti giorni al mese	Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa)
specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap o pubblico o privato convenzionato Finalità del corso Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) Frequenza al corso o settimanale Indicare quante volte alla settimana o mensile Indicare quanti giorni al mese Denominazione struttura Via/piazza n CAP Comune Provincia Tel. cell P.E.C e-mail sede legale CF/P.IVA	·
Durata del corso dal (gg/mm/aaaa) al (gg/mm/aaaa) Frequenza al corso o settimanale Indicare quante volte alla settimana o mensile Indicare quanti giorni al mese Denominazione struttura Via/piazza n CAP Comune Provincia Tel. cell P.E.C e-mail sede legale CF/P.IVA	specializzato nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap
Frequenza al corso o settimanale Indicare quante volte alla settimana o mensile Indicare quanti giorni al mese Denominazione struttura Via/piazza n CAP Comune Provincia Tel. cell P.E.C e-mail sede legale CF/P.IVA	
O mensile Indicare quanti giorni al mese Denominazione struttura Via/piazza n CAP Comune Provincia Tel. cell P.E.C e-mail sede legale CF/P.IVA	100
Denominazione struttura Via/piazza n CAP Comune Provincia Tel. cell P.E.C. e-mail sede legale CF/P.IVA	·
n CAP Comune Provincia Tel. cell P.E.C e-mail sede legale CF/P.IVA	
cell e-mail e-mail sede legale CF/P.IVA	
sede legaleCF/P.IVA	
Cod Meccanografico	Cod. Meccanografico

N.B. In caso di frequenza di una struttura privata è obbligatorio allegare nella trasmissione telematica finale dei dati la certificazione di frequenza rilasciata dalla scuola o dal centro, con l'indicazione della durata e della frequenza prevista per il corso e dell'effettiva frequenza da parte del titolare della prestazione.



Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 6/15

	asilo nido		pubblico	, 0	privato convenzionato	O	privato
	Durata del corso dal (gg/m	m/aaaa) _.		_ al <i>(gg/mn</i>	n/aaaa)		
)	scuola dell'infanzia		pubblica	ı 0	privata convenzionata	0	privata
	Durata del corso dal (gg/m	m/aaaa) _		_ al <i>(gg/mn</i>	n/aaaa)		
0	scuola secondaria di II grad	do (III class	se o	IV classe	0	V classe
			pubblica	ı 0	privata convenzionata	0	privata
	Durata del corso dal (gg/m	m/aaaa) _.		_ al <i>(gg/mn</i>	n/aaaa)		
0	Centro di Formazione o di	addestran	nento profe	ssionale fin	alizzato al reinserimento	soc	iale
			pubblico	0	privato convenzionato	0	privato
	Titolo del corso						
	Finalità del corso						
	Finalità del corso Durata del corso dal <i>(gg/m</i>						
		m/aaaa) _.		_ al <i>(gg/mn</i>	n/aaaa)	a	
	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso	m/aaaa) settimar mensile	 ale	_ al <i>(gg/mn</i> Indicare qu Indicare qu	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese		
0	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso	m/aaaa) settimar mensile entro diurr to terapeu	ale no, anche tico o nella	_ al (gg/mm Indicare qualitation di tipo sem a riabilitazion	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché d ne e nel recupero di pers privato convenzionato	 opera	 - ante in regime convenzio portatrici di handicap
0	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso O Centro ambulatoriale o ce specializzato nel trattamen	m/aaaa) _ settimar mensile entro diurr to terapeu	ale no, anche tico o nella) pubblico	_ al (gg/mn Indicare qu Indicare qu di tipo sem a riabilitazion	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché d ne e nel recupero di per privato convenzionato	 opera	 - ante in regime convenzio portatrici di handicap
0	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso O Centro ambulatoriale o ce specializzato nel trattamen	m/aaaa) _ settimar mensile entro diurr to terapeu (m/aaaa)	ale no, anche tico o nella) pubblico	_ al (gg/mn Indicare quality indicare qu	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché d ne e nel recupero di pers privato convenzionato	opera	ante in regime convenzio portatrici di handicap
0	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso O Centro ambulatoriale o ce specializzato nel trattamen Finalità del corso Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso O	settimar mensile entro diurr to terapeu m/aaaa) settimar	ale no, anche tico o nella) pubblico	_ al (gg/mn Indicare qualitation of the control of	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché d ne e nel recupero di pers privato convenzionato	opera	 ante in regime convenzio portatrici di handicap
0	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso O Centro ambulatoriale o ce specializzato nel trattamen Finalità del corso Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso O	settimar mensile entro diurr to terapeu m/aaaa) settimar mensile	ale no, anche tico o nella pubblico	_ al (gg/mn Indicare quality in the control of the	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché d ne e nel recupero di pers privato convenzionato n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese	operasone	ante in regime convenzio portatrici di handicap
	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso Centro ambulatoriale o ce specializzato nel trattamen Finalità del corso Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso	m/aaaa) settimar mensile entro diurr to terapeu m/aaaa) settimar mensile	no, anche tico o nella	_ al (gg/mn Indicare quality in Indicare quali	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché o ne e nel recupero di pers privato convenzionato n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese Via/piazza	operasone	ante in regime convenzio portatrici di handicap
	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso Centro ambulatoriale o ce specializzato nel trattamen Finalità del corso Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso O Denominazione struttura _ n CAP cell	m/aaaa) settimar mensile entro diurr to terapeu m/aaaa) settimar mensile Comune	ale no, anche tico o nella pubblico nale	_ al (gg/mn Indicare qu Indicare qu di tipo sem a riabilitazion _ al (gg/mn Indicare qu Indicare qu	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché d ne e nel recupero di pers privato convenzionato n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese Via/piazza Provincia	ppera	ante in regime convenzion portatrici di handicap
0	Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso Centro ambulatoriale o ce specializzato nel trattamen Finalità del corso Durata del corso dal (gg/m Frequenza al corso Denominazione struttura _ n CAP	m/aaaa) settimar mensile entro diurr to terapeu m/aaaa) settimar mensile ———— Comune ——— P.E.C	no, anche tico o nella	_ al (gg/mn Indicare quality in the seminarist a riabilitazion of the seminarist and the	n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese ni-residenziale, purché d ne e nel recupero di pers privato convenzionato n/aaaa) uante volte alla settiman uanti giorni al mese Via/piazza Provincia	ppera	ante in regime convenzion portatrici di handicap