

Procura / Autorizzazione

- Procura** La persona indicata / L'ufficio indicato ha piena facoltà di rappresentarmi nei confronti dell'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni per i settori di seguito selezionati con il segno di spunta. La presente procura vale anche per la corrispondenza.
- oppure
- Autorizzazione** La persona indicata / L'ufficio indicato ha facoltà di richiedere informazioni presso l'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni per i settori di seguito selezionati con il segno di spunta.

La preghiamo di selezionare solo i settori che la riguardano.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> rendite AVS | <input type="checkbox"/> contributi all'AVS/AI/IPG | <input type="checkbox"/> provvedimenti AI (professionali / medici) e mezzi ausiliari AI |
| <input type="checkbox"/> prestazioni complementari (PC) | <input type="checkbox"/> assegni familiari (AF) | <input type="checkbox"/> rendite AI, indennità giornaliere AI |
| <input type="checkbox"/> prestazioni transitorie per i disoccupati anziani | <input type="checkbox"/> indennità di assistenza | <input type="checkbox"/> (ufficio AI e cassa di compensazione) |
| <input type="checkbox"/> riduzione individuale dei premi (RIP) | <input type="checkbox"/> indennità di perdita di guadagno (IPG) | <input type="checkbox"/> assegni per grandi invalidi (ufficio AI e cassa di compensazione) |
| | <input type="checkbox"/> indennità di maternità (IMat) | |
| | <input type="checkbox"/> indennità di paternità (IPat) | |

La presente procura / autorizzazione è valida fino alla sua revoca scritta.

Obbligo di informare in caso di riscossione di prestazioni

Mutamenti della situazione economica e delle condizioni personali possono avere un influsso sull'ammontare di determinate prestazioni. Tali mutamenti devono essere comunicati immediatamente e spontaneamente all'Istituto delle assicurazioni sociali del Cantone dei Grigioni. Il sottoscritto/La sottoscritta prende atto e accetta che le prestazioni percepite in eccesso dovranno essere restituite.

Mandatario/a

Numero AVS (a 13 cifre) per le persone fisiche 7 5 6	Data di nascita
Cognome	Nome
Indirizzo	NPA, località
Telefono	E-mail
Data	Firma

Mandante

Numero AVS (a 13 cifre) 7 5 6	Data di nascita
Cognome	Nome
Indirizzo	NPA, località
Telefono	E-mail
Data	Firma

Se la firma è impossibile per motivi di salute, la preghiamo di allegare un attestato medico.