

Istante maggiorenne

(scrivere stampatello o comunque in modo chiaro)

ACCERTAMENTO

REVISIONE

AGGRAVAMENTO

All'Azienda U.S.L. n° 8
Commissioni mediche per
l'accertamento delle invalidità civili
S E D E

_____ sottoscritt _____

nat. a _____ prov. di _____ n. _____

residente a _____ prov. di _____

via/piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

stato civile _____ professione _____ tel. _____

cod. fiscale _____ tessera sanitaria _____

Domicilio ovvero indirizzo presso cui si desiderano ricevere comunicazioni o notifiche:

C H I E D E

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della L. 24.12.93 n.537 e del relativo regolamento per il **riconoscimento/aggravamento** dell'invalidità quale:(a)

- Invalido civile** ai sensi delle **LL.30.3.71 n.118 e 15.10.90 n.295** e ss.mm.ii.
(indicare ai soli fini dell'art. 1 comma 3 della L.15.10.90 n. 295 se
minorato psichico) SI NO
- cieco civile** ai sensi della **L. 27.5.70 n.382** e ss. mm. ii.
- sordomuto** ai sensi della **L. 27.5.70 n.381** e ss. mm. ii.
- portatore di handicap** ai sensi della **L. 5.2.92 n.104** e ss. mm. ii.
- disabile ai fini dell'inserimento lavorativo** ai sensi della **L. 23.3.99 n. 68 art. 1 c. 4 e D.P.C.M. 13.1.2000**

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato d'invalidità civile e/o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Amministrazione che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità e/o alle minorazioni riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:

(1) **AVVERTENZA:**

barrare con una X le caselle corrispondenti ai riconoscimenti richiesti

D I C H I A R A

- a) di essere nat_ a _____ prov. di _____ il _____
b) di essere cittadin_ italian_ cittadin_ U.E. cittadin_ extra U.E.
c) di essere residente a _____ prov. di _____
via/piazza _____ n. _____
d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli Organi competenti.

Allega alla presente domanda:

- la certificazione medica (Mod.1), che fa parte integrante della presente istanza, attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata dal Dr. _____ in data _____
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento e della Tessera Sanitaria (o cod. fiscale)
- in caso di richiesta di revisione o aggravamento fotocopia del precedente verbale di accertamento
- Altra documentazione integrativa

F I R M A (2)

Data _____

Richiedente impossibilitato a firmare a causa di _____

F I R M A

(firma del dichiarante con indicazione del rapporto di parentela o ruolo rivestito)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELLA LEGGE 15/68

_____ sottoscritt _____ nato il _____

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità

- di **essere/non essere** stato sottoposto a visita collegiale ai sensi e per gli effetti della legge in materia di invalidità civile;
- di non avere pendente alcun ricorso gerarchico o giurisdizionale ai sensi della vigente normativa;
- di autorizzare, ai sensi del D.Lgs 196/03 e ss.mm.ii., l'utilizzo dei propri dati personali per gli adempimenti di competenza della Commissione.

Data _____

F I R M A (2)

(2) AVVERTENZA:

- La presente richiesta deve essere firmata davanti all'addetto alla ricezione, o in alternativa, consegnata da altra persona già firmata, ovvero spedita, allegando la fotocopia di un valido documento di riconoscimento del firmatario
- La richiesta di chi non sa, non può firmare a causa di un temporaneo impedimento per ragioni di salute o di chi è impossibilitato a firmare, può essere sottoscritta da un parente prossimo (coniuge, figlio, parente fino al terzo grado), dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno allegando la copia del proprio valido documento di riconoscimento.