



All'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. _____
di _____
Commissione medica per l'accertamento delle
Invalidità civili

Mod. 1A - Regione Veneto

- Istante Maggioreenne
 Inabilitato assistito dal curatore
 Incapace assistito dall'amministratore di sostegno

Il/la sottoscritto/a _____ M F
nato/a a _____ provincia di _____ il _____
residente in _____ provincia di _____
via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____
domiciliato a _____ provincia di _____
Tel. _____ cod. fisc. _____

stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a
 vedovo/a

Se coniugato indicare i dati anagrafici del coniuge: nome e cognome
_____ nato/a a _____ il _____
cod. fisc. _____

Ovvero (se inabilitato/incapace) assistito dal curatore/amministratore di sostegno
sig. _____

CHIEDE

Di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art.11 della legge 24 dicembre 1993, n.537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento aggravamento dell'invalidità, quale:

(Avvertenze: barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto).

- INVALIDO CIVILE – legge 118/1971 e legge 18/1980 (indicare se neoplastico SI NO- legge 80/2006)
 CIECO CIVILE – legge 382/1970, legge 138/01
 SORDO – legge 381/1970, legge 95/06
 PERSONA HANDICAPPATA – legge 104/1992
 PERSONA DISABILE – legge 68/1999 per l'inserimento lavorativo

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione al tipo ed al grado d'invalidità e alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione al tipo ed al grado d'invalidità riconosciuto.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445.

D I C H I A R A

- a) di essere cittadino/a italiano/a o cittadino/a dell'Unione Europea
 cittadino/a extracomunitario/a con permesso di soggiorno carta di soggiorno
- b) di essere temporaneamente domiciliato presso _____ in via _____
 in struttura residenziale _____ in via _____
 ricoverato presso _____ reparto _____
- c) **che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro.**

SI IMPEGNA a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

ALLEGA alla presente domanda:

- la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____ da _____
- copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente (qualora la firma non venga apposta in presenza del pubblico ufficiale) e copia fotostatica completa della tessera sanitaria (nuova): _____ (estremi del documento) _____
- copia del provvedimento di nomina del curatore o amministratore di sostegno
- altra certificazione integrativa:
 1. _____
 2. _____
 3. _____

Luogo e data _____

FIRMA

_____ firma per esteso del richiedente

- La presente dichiarazione ha validità di 6 mesi (art. 41 DPR 445/2000) se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità degli stessi.
- La richiesta può essere trasmessa anche a mezzo postale o via fax (art.38 DPR 445/2000) unitamente alla fotocopia del documento di identità del richiedente. **La documentazione medica potrà essere in copia ma dovrà essere prodotta in originale al momento della visita.**
- Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR 445/2000.
- Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e deve indicare:

- per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art.11 del D.L. 23/11/1988, n.509, un'ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato medico di specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento relativo al riconoscimento dello stato di invalidità civile e dei benefici da esso derivante ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto Decreto esprime il suo consenso al trattamento degli stessi.

Data _____

il/la dichiarante

SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE

*La dichiarazione di **chi non sa o non può firmare** dev'essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Estremi di un documento del dichiarante _____*

Si attesta che la dichiarazione è stata a me resa dall'interessato, ai sensi dell'art. 4 - 1° comma del D.P.R. n. 445/2000, in presenza di un impedimento a sottoscrivere

Luogo e data _____

FIRMA DELL'ADDETTO

TIMBRO