



All'Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria n. ____ di _____

Commissione medica per l'accertamento delle
Invalidità civili

Mod. 1B - Regione Veneto

Istante minorenni

Interdetto

Il/la sottoscritto/a _____ M F _____

nato/a a _____ provincia _____

il _____ residente in _____ provincia _____

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ codice fiscale _____

genitore del minore tutore dell'interdetto (nel caso di tutore indicare gli estremi del provvedimento di nomina (_____) sig./a _____

nato/a a _____ provincia di _____ il _____

residente in _____ provincia di _____ via/piazza _____

n. _____ C.A.P. _____ Tel. _____ stato civile _____

professione _____ cod. fisc. _____

Se coniugato indicare i dati anagrafici del coniuge: nome e cognome _____

_____ nato/a a _____ il _____

cod. fisc. _____

CHIEDE

Che il predetto venga 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 ai fini dell'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.

DICHIARA

Che il summenzionato interessato:

- a) è cittadino/a italiano/a 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) (estremi del documento) _____
- copia fotostatica completa della tessera sanitaria (nuova) del minore o interdetto.
- copia del provvedimento di nomina del tutore.
- 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