

ISTANTE MAGGIORENNE

All'Azienda Sanitaria Locale NO
Commissione Medica per l'Accertamento delle
Invalidità Civili

PRAT. N°.....

Data.....

Sede di

...I... sottoscritt..... nat. a prov. di il
Residente in prov. di via/p.za n° c.a.p.
stato civile professione tel. cod. fisc.

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:

- ☐ invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico SI NO
- ☐ cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni
- ☐ sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni
- ☐ persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104
- ☐ persona disabile - ai sensi della legge 68/99 (collocamento al lavoro)

(avvertenze: barrare con una "X" la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione. Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente prefettura che gli / le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alla minorazione riconosciute. Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali di cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

DICHIARA

- a) di essere nat. a prov. di il
- b) di essere cittadin. italian
- c) di essere residente in
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa 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
- altra documentazione integrativa.

FIRMA (1)

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento)

1° testimone nato a
il Residente in via/piazza
c.a.p. Documento n° rilasciato il da

FIRMA (1)

2° testimone nato a
il Residente in via/piazza
c.a.p. Documento n° rilasciato il da

Data.....

FIRMA (1)

NOTA BENE:

Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere:

- per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art. del D.lvo 23 novembre 1988, n.309, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi li occhi con eventuale correzione.