

**All'AZIENDA UNITA' SANITARIA N.6  
U.O.  
Coordinamento Commissioni Invalidi Civili  
Via Salvatore Meccio, 16 - 90141 PALERMO**

.....I.....sottoscritt.....  
(cognome) (nome)

nat.....a.....prov. di .....il.....

residente in .....prov. di .....via/piazza .....n. ....

nella sua qualità di.....dell'interdetto/minore di 18 anni.....

.....nat.....a.....il.....

residente in .....prov. di .....via/piazza .....

.....C.A.P. ....codice fiscale

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:

- INVALIDO CIVILE - ai sensi della legge 30 Marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni - Indicare 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
- PORTATORE DI HANDICAP - ai sensi della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104
- PERSONA DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO ai sensi dell'art. 1 comma 4 Legge 12 Marzo 1999, n. 68 allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta dall'apposita commissione medica.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Prefettura che all'interdetto/minore di 18 anni summenzionato siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta.

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 o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art.26 della Legge 4 gennaio 1968, n. 15 e del D.P.R. n. 403/98.

DICHIARA (Autocertificazione)

che il summenzionato interdetto/minore di 18 anni

- a) è nat..... a .....prov. di.....il .....
- b) è cittadin.....italian.....;
- c) è cittadin.....con permesso/carta di soggiorno dal.....
- d) è residente in .....
- e) che le infermità per le quali viene chiesto il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro;

Vista l'informativa di cui all'art. 10 della Legge 675/96 (vedi retro), DICHIARA INOLTRE DI DARE IL PROPRIO CONSENSO al trattamento dei propri dati personali e sensibili di cui alla predetta legge relativi all'interdetto/minore di 18 anni per cui si richiede l'accertamento sanitario.

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

SI ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

la certificazione medica (in originale) attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data ..... dal Dott. ....

altra documentazione integrativa: .....

scheda informativa socio-lavorativa (solo per la domanda "PERSONA DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO")

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 civile e delle condizioni visive di cui all'art. 11 del D.L. 23 Novembre 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.

**NOTA INFORMATIVA ai sensi dell'art. 10 Legge n. 675 del 31/12/96 (CONSENSO INFORMATO)**

La firma apposta in calce al frontespizio della presente domanda comporta l'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili dell'interdetto/minore di 18 anni per cui si richiede l'accertamento sanitario, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Pertanto i dati in nostro possesso verranno comunicati al Ministero del Tesoro (Commissione Medica di Verifica), e gli enti richiedenti autorizzati dalle leggi vigenti a ricevere tali dati.

Il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto delle modalità indicate dall'art. 9 della legge citata.

Si informa inoltre che il rifiuto a comunicare i dati richiesti può comportare l'impossibilità di dare regolare corso alla presente istanza.

*La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante e con indicazione della causa dell'impedimento a sottoscrivere.*

Estremi di un documento del dichiarante: \_\_\_\_\_

Causa dell'impedimento a sottoscrivere: \_\_\_\_\_

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO