

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

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

nat.....a.....prov. diil.....

residente inprov. divia/piazzan.

C.A.P. stato civile.....professione.....

tel.....codice fiscale

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
- 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 gli/le 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)

- a) di essere nat..... aprov. di.....il
- b) di essere cittadin.....italian.....;
- c) di essere cittadin.....con permesso/carta di soggiorno dal.....
- d) di essere residente in
- e) che le infermità per le quali chiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro;
- f) vista l'informativa di cui all'art. 10 della Legge 675/96 (vedi retro), di dare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili di cui alla predetta legge.

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

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- la certificazione medica (**in originale**) attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data del Dott.
- altra documentazione integrativa:
- scheda informativa socio-lavorativa (solo per la domanda "PERSONA DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO")

.....
FIRMA (N.B. leggere le avvertenze sul retro)

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 del richiedente, 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