

Istante maggiorenne (Mod. A)

All'Azienda sanitaria locale

Commissione medica per

L'accertamento delle
invalidità civili

..... l. sottoscritt nat a provincia di
.....

il residente in provincia
di

via piazza n. c.a.p. stato civile

professione tel codice fiscale
.....

c h i e d e

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

☐ 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

(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 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.

d i c h i a r a

- a) di essere nat... aprovincia 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)

-

Avvertenze: 1) La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della legge 11 maggio 1971, n. 390.

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento):

.....

1° Testimone..... nat..... a.....
..... ilresidente in.....via/piazza
.....n.....
c.a.p.....documento.....
n.....rilasciato il da

.....

2° Testimone nat.....a

il residente in via/piazza

n. c.a.p.documento.....n.

rilasciato il da

Data

firma

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. 11 del decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.
