

__ I __ sottoscritt _____

nat_ a _____ prov. di _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

genitore del minore / tutore dell'interdetto _____

nat_ a _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____

codice fiscale _____ tel. _____

C H I E D E

Di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della Legge 24/12/1993 n.537, e del relativo regolamento, per il
 riconoscimento aggravamento dell' invalidità, quale:

- INVALIDO CIVILE** Legge 118/71 e Legge 18/1980 - indicare se minorato psichico si no L. 295/90
 CIECO CIVILE Legge 382/1970
 SORDOMUTO Legge 381/1970
 PERSONA PORTATRICE DI HANDICAP Legge 104/1992
 PERSONA DISABILE legge 68/99 ai sensi della Legge 68/99 e successive modifiche e integrazioni
 INVALIDO CIVILE e PORTATORE DI HANDICAP (VISITA CONTESTUALE L.118/71, L.18/80, L.104/92) - minorato psichico si no

Avvertenze : barrare con una "X" la casella corrispondente al riconoscimento richiesto – (**Barrare solo una casella**)

Allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione al tipo e al grado di invalidità e alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta commissione, sin d'ora chiede all'Ente competente, con la presente istanza, 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 non piu' corrispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/00 N. 445

D I C H I A R A

- a) di essere nat __ a _____ prov. _____ il _____
b) di essere cittadino italiano o U.E. cittadino extracomunitario
c) di essere residente in _____ provincia di _____
d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA

- a) La certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____ da Dott. _____
b) Altra certificazione integrativa: _____
c) Fotocopia del documento di riconoscimento
d) Fotocopia del codice fiscale

- CHIEDE VISITA URGENTE PER PATOLOGIA ONCOLOGICA** come da certificato medico allegato (L.80/2006, art. 6, c. 3 bis);
 CHIEDE VISITA URGENTE PER MALATTIA TERMINALE (allegare certificato medico da cui risulta: "Malato Terminale "
(Deliberazione RAS n.48/11 del 09.09.08);

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT.11 E 13 DEL D.LGS 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI SENSIBILI"

- I dati relativi all'accertamento richiesto verranno trattati con modalità manuali ed informatizzate ed inseriti nell'archivio del Servizio Invalidi Civili della ASL; Le notizie emerse dagli accertamenti verranno riportate in un verbale scritto; I verbali saranno trasmessi agli Enti indicati nella normativa vigente (Commissioni di Verifica, INPS); tali dati potranno essere trasmessi, inoltre, all'Assessorato alla Sanità della Regione Sardegna;
- Il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza nei limiti indicati dalla normativa vigente; i dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti, nè saranno oggetto di diffusione.
- Consapevole del diritto ad acconsentire oppure negare l'autorizzazione della trasmissione dei dati anagrafici alle Associazioni di tutela indicate dalla Legge 295/90 **SI AUTORIZZA** la trasmissione a: **A.N.M.I.C.** si no; **E.N.S.** si no; **U.I.C.** si no; **A.N.F.F.A.S.** si no.
 NON SI AUTORIZZA la trasmissione alle suddette associazioni

il sottoscritto debitamente informato riguardo al trattamento dei propri dati personali esprime il proprio consenso al trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data _____ Firma (1) (2) _____

Avvertenze:

- (1) La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale ai sensi dell'art. 4 DPR 445 del 28 dicembre 2000;
- (2) La dichiarazione di chi si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, altro parente in linea diretta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.
- (3) Qualora venga effettuata richiesta sia per invalidità civile che per portatore di handicap, la convocazione sarà fatta, ove possibile, contestualmente, salvo diversa indicazione dell'interessato.

ATTESTAZIONE DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE**1 – PER ANALFABETISMO O IMPEDIMENTO FISICO art. 4 comma 1, DPR 445 del 28 dicembre 2000**

Io sottoscritto _____
In qualità di pubblico ufficiale attesto che la dichiarazione nel retro riportata è resa dinnanzi a me
Dal Signor _____ nato a _____
Il _____ identificato mediante documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
Il quale mi ha altresì dichiarato di non poter o saper firmare per : ANALFABETISMO IMPEDIMENTO FISICO
DATA _____ FIRMA _____

1 – PER IMPEDIMENTO TEMPORANEO O PER RAGIONI DI SALUTE art. 4 comma 2, DPR 445 del 28 dicembre 2000

Io sottoscritto _____
In qualità di pubblico ufficiale attesto che la dichiarazione nel retro riportata è resa dinnanzi a me
Dal Signor _____ nato a _____
Il _____ identificato mediante documento _____
n. _____ rilasciato da _____ il _____
Il quale mi ha altresì dichiarato di essere :(coniuge, figlio, etc) _____ dell'istante a tergo indicato
DATA _____ FIRMA _____

Al momento della visita il richiedente deve presentare sempre un documento di identità personale in corso di validità

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA:

- 1) **CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE IN ORIGINALE DATATO E FIRMATO** (da allegare necessariamente alla domanda) deve esprimere con chiarezza la natura dell'infermità invalidante e inoltre deve contenere:
 - **per la valutazione dell'aggravamento** dell'invalidità, di cui all'art. 11 del D.L.vo 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 il certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione
 - **per la sordità**, l'indicazione che non è di natura esclusivamente psichica.
 - contestualmente alla domanda allegare : AUDIOGRAMMA–IMPEDENZOMETRIA–VISITA O.R.L. (recenti)
 - al momento della visita : Esami audiometrici effettuati in passato; documentazione rilasciata da struttura pubblica attestante che l'ipoacusia risale ad epoca prelinguale.
 - **per richiesta di visita domiciliare** dovrà essere presentato un certificato medico che attesti l'impossibilità al trasporto mediante mezzi attrezzati.
- 2) **FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E DEL CODICE FISCALE**

P.S. – per i titolari di carta e permesso di soggiorno L'ART. 80 DELLA Legge 388 prevede che ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs n.286/98, l'assegno sociale e le previdenze economiche sono concesse agli stranieri che siano titolari di permesso di soggiorno; per le altre prestazioni e servizi sociali l'equiparazione con i cittadini italiani è consentita a favore degli stranieri che siano almeno titolari di permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno.

INDICARE EVENTUALE DOMICILIO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA:
