

l sottoscritt _____
nat a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____
residente in _____ (Prov. _____) cap _____
via/piazza _____ n. _____
stato civile _____ professione _____
tel. _____ codice fiscale _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a 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 ai sensi della Legge 30/03/1971 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni.

PERSONA HANDICAPPATA ai sensi della Legge 05/02/1992, 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 al competente I.N.P.S. che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alla minorazione riconosciute.

CHIEDE

visita urgente, come da certificato medico specialistico allegato, ai sensi della Legge 80/2006 (persona con patologia oncologica o comunque prognosticata in fase terminale).

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 degli art. 48 e 76 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000.

DICHIARA

- a) di essere nato/a a _____ (Prov. _____) il ____ / ____ / ____;
b) di essere cittadino/a italiano/a;
c) di essere residente in _____ (CN) Via/P.za _____;
d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'Inv. Civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro;
e) di essere in possesso del permesso di soggiorno valido dal _____ al _____ (questa voce è relativa ai cittadini stranieri)
f) di appartenere alla seguente categoria di invalidi: _____

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

Allega alla presente domanda:

- certificato medico attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in data ____ / ____ / ____ da _____
 certificato medico attestante lo stato di malato terminale rilasciato in data ____ / ____ / ____ dal Medico Specialista dott. _____
 altra documentazione integrativa: _____
 fotocopia documento di riconoscimento, del codice fiscale e/o della tessera sanitaria

DATA _____

_____ **FIRMA (1)**

AVVERTENZE:

(1) La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale oppure deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da un testimone idoneo ai sensi dell'art. 4, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (VEDI RETRO).

1. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (art. 4, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445).

Io sottoscritto _____ funzionario del _____
ho raccolto la dichiarazione resa dal/la Sig./ra _____
Documento di riconoscimento n. _____ rilasciato il ___ / ___ / _____ da _____
impedito a firmare (causa dell'impedimento): _____
Data _____ Firma del Funzionario _____

*** **

2. La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante (art. 4, comma 2, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445).

Io sottoscritt _____ luogo e data di nascita _____
Residenza _____ rapporto di parentela _____
Documento di riconoscimento n. _____ rilasciato il ___ / ___ / _____ da _____
dichiaro che il/la sig./ra _____ è temporaneamente
impedito/a a sottoscrivere la presente istanza per (causa dell'impedimento): _____
Data _____ Firma _____

Il sottoscritto richiede la presenza in Commissione del componente medico indicato dall'associazione ANFASS in alternativa al componente medico indicato dall'associazione ANMIC, sussistendone l'indicazione clinica.

_____ FIRMA

Il sottoscritto autorizza la trasmissione dei propri dati all'Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi Civili (A.N.M.I.C.) - Ente morale che ha il fine di rappresentare e tutelare in Italia gli interessi morali ed economici dell'intera categoria degli invalidi civili.

_____ FIRMA

Ai sensi degli artt. 11 e 13 (modalità del trattamento e requisiti dei dati) del D. Lgs. 196/2003 "Codice della Privacy"

D I C H I A R A

Di essere stato informato che:

- il trattamento dei dati relativi all'accertamento richiesto verrà effettuato con modalità manuali ed informatizzate ed inserite nell'archivio della S.C. di Medicina Legale dell'ASL CN 1;
- le notizie emerse dagli accertamenti verranno riportate in un verbale scritto;
- i verbali saranno trasmessi agli Enti indicati dalla normativa vigente (Commissione di Verifica, INPS);
- tali dati potranno essere trasmessi, inoltre, all'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, alla Motorizzazione Civile, al Ministero della Salute, uffici periferici delle Amministrazioni Statali, Comune e Provincia;
- 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, né saranno oggetto di diffusione.

DATA _____

_____ FIRMA

NOTA BENE:

Il certificato medico (IN ORIGINALE) 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 D.L.vo 23/11/1988, n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente.