

**ISTANTE MINORE ANNI 18 O INTERDETTO***(modello modificato nel gennaio 2008)*ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1  
COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO  
DELLE INVALIDITA' CIVILI**SEDE DI** \_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat \_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) cap \_\_\_\_\_  
 via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 stato civile \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
 del (*minore di anni 18 o interdetto*) \_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
 n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ 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.O.C. di Medicina Legale dell'ASL CN1;
- 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.*