

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE  
di \_\_\_\_\_  
Commissione Medica per l'accertamento delle  
Invalidità Civili, delle Condizioni Visive e del  
Sordomutismo

**RICHIEDENTE MAGGIORENNE**

...I...sottoscritto/a.....  
nat.... a.....prov..... il .....  
residente in..... (c.a.p.).....  
Via/Pzza..... n.....  
Stato civile..... Professione..... Telefono.....  
Codice fiscale..... tessera sanitaria.....  
Eventuale domicilio o recapito diverso dall'indirizzo di residenza.....  
.....

**CHIEDE**

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'ad. 11 della Legge 24 dicembre 1993. N. 537, e del relativo regolamento per il:

riconoscimento       aggravamento dell'invalidità

civile quale:

INVALIDO CIVILE - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n.118 e successive modifiche e 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 modifiche e integrazioni;

SORDOMUTO - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modifiche e integrazioni;

PERSONA HANDICAPPATA - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104;

PERSONA DISABILE - ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68;  
(avvertenze: barrare con una "x" la casella corrispondente al riconoscimento richiesto).

Nel caso si barri la sola casella “persona handicappata” o “persona disabile” compilare il modello solamente fino alla lettera d).

Con lo 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 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 può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, giusto il disposto dell’art. 26 della legge 4.1.1968 n. 15,**

### DICHIARA

- a) di essere nat....a..... prov..... il.....
- b) di essere cittadin...  italian...  dell’Unione Europea  stranier... di cui all’art. 32 lett. a) e b) legge 40/98;
- c) di essere residente in.....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell’invalidità civile, non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.
- e) di essere iscritto nelle liste “speciali” di collocamento  SI  NO (barrare la casella che interessa — solo per istanti di età inferiore ai 65 anni -). *(Nota interna vedi allegato per eventuale supplemento di istruttoria da inviare all’interessato contestualmente al verbale di invalidità)*

#### DA COMPILARE SOLO DAI RICHIEDENTI DI ETA’ INFERIORE AI 65 ANNI E DAI CIECHI

f)  di non aver percepito nell’anno scorso redditi lordi propri calcolati agli effetti dell’IRPEF

g)  di aver percepito nell’anno scorso redditi lordi propri calcolati agli effetti dell’IRPEF di

Lire/Euro..... derivanti da:

Pensione corrisposta da.....categoria.....

Attività lavorativa.....

Rendita derivante da.....

h)  di non essere ricoverato in istituto (casa di cura, casa di riposo, ecc.)

i)  di essere ricoverato presso l'istituto

in caso affermativo, indicare la data del ricovero:.....e se la retta di ricovero è a totale carico di Ente pubblico:  SI  NO.  
*(Nota interna vedi allegato per eventuale supplemento di istruttoria da inviare all'interessato con testualmente al verbale di invalidità)*

j) di essere titolare di indennità percepita per causa di guerra, di lavoro o di servizio, 581 5 NO (art.1, comma 4 L. 508/88).

k)  che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti presso l'Ufficio Postale di.....  
Via.....(eventuale c.c. postale.....)

l)  che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti tramite accredito in conto corrente bancario (vedi modello di delega allegato da restituire compilato con la presente domanda)

m)  che in caso di riconoscimento delle eventuali provvidenze economiche, il/la sottoscritto/a delega alla riscossione il

Sig. .... nato a.....

Il..... residente a.....

Via..... tel.....

Codice fiscale .....

La presente delega, se non è revocata, ha durata illimitata.

**Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in istituto, alle condizioni economiche, ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche.**

**Ai sensi della legge 675/96, autorizza altresì utilizzo dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.**

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

- CERTIFICATO MEDICO attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in data.....da.....
- DOCUMENTAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA.
- ALTRA DOCUMENTAZIONE INTEGRATI VA DA ALLEGARE:
  - fotocopia codice fiscale e cada d'identità valida
  - per i cittadini stranieri - permesso di soggiorno o cada di soggiorno.

Data.....

FIRMA

.....

SPAZIO RISERVATO ALLA A.S.L.

**AVVERTENZE PER LA FIRMA**

1. Se il richiedente **non sa o non può firmare**, la presente dichiarazione, dovrà essere autenticata da un pubblico ufficiale (A.S.L./Comune/ecc...) il quale previo accertamento dell'identità del dichiarante, dovrà specificare la causa dell'impedimento (ari. 4 D.P.R. n. 403/98).
2. Inoltre la firma del richiedente **dovrà essere autenticata** se alla riscossione delle eventuali provvidenze economiche spettanti sia stata delegata altra persona.

**AZIENDA SANITARIA LOCALE (A.S.L.)  
DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
D.P.G.R. N. 070634 del 22.12.1997**

**COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELLE INVALIDITA' CIVILI  
CERTIFICATO MEDICO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI ACCERTAMENTO  
DELLO STATO DI INVALIDITA' CIVILE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

- PRIMO ACCERTAMENTO
- AGGRAVAMENTO (il certificato medico deve contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato la modificazione del quadro clinico preesistente, CORREDATO DA IDONEA CERTIFICAZIONE SANITARIA).

**PATOLOGIE INVALIDANTI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTE ANAMNESTICHE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE D'INTRASPORTABILITA':**

- Paziente trasportabile
  - Paziente trasportabile solo con ambulanza
  - Paziente intrasportabile anche in ambulanza poiché se ne pregiudicano le condizioni di salute
- Precisare il motivo dell'intrasportabilità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**IL MEDICO**(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE:**

Il Medico deve esprimere la diagnosi con chiarezza ed il certificato deve contenere per gli invalidi civili gli elementi per consentire l'individuazione delle infermità che ne determinano la totale e parziale riduzione della capacità lavorativa.