

Mod. 1C/Regione Veneto



All'Azienda Unità locale Socio-Sanitaria N. 16  
Commissione medica per l'accertamento delle  
Invalidità civili  
Via Ospedale 22 - 35100 PADOVA

ISTANTE temporaneamente impossibilitato per  
Motivi connessi stato di salute (art.4,c.2dpr445/00

\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

In qualità

- di coniuge;  
 di figlio;  
 di parente entro il terzo grado (specificare il rapporto di parentela)..... \_\_\_\_\_

del/la Sig/ra \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

professione \_\_\_\_\_

stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  separato  divorziato  vedovo/a

se coniugato indicare dati anagrafici del coniuge \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ tessera sanitaria \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Che il predetto venga 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 – legge 118/1971 e legge 18/1980 (indicare se minorato psichico  SI  NO – legge 295/1990)  
 CIECO CIVILE – legge 382/1970  
 SORDOMUTO – legge 381/1970  
 PERSONA HANDICAPPATA – legge 104/1992, Art. \_\_\_\_\_  
 PERSONA DISABILE – legge 68/1999, ai fini dell'iscrizione alle Liste per il Collocamento Mirato.

(Avvertenze: barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto).

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione al tipo ed al grado d'invalidità e 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 al tipo ed al grado d'invalidità riconosciuto.**

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 contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 DPRI 445/2000

### DICHIARA

Che il/la summenzionato/a Sig/ra

a) è nat\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

b) è  cittadin\_ italian\_ o U.E. –  
 cittadino extracomunitario in possesso di  permesso di soggiorno  carta di soggiorno

c) è residente in \_\_\_\_\_

d) è temporaneamente:  
 domiciliato  a \_\_\_\_\_

- in struttura residenziale \_\_\_\_\_  
 ricoverato in \_\_\_\_\_

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro

e) è temporaneamente impossibilitata a presentare la presente dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute in quanto \_\_\_\_\_

**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 certificazione integrativa:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_   
firma per esteso del dichiarante

- **La presente dichiarazione ha validità di 6 mesi (art. 41 Dpr 445/200): se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore, ha la stessa validità di essi.**
- **Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR 445/2000**

Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e deve indicare:

- per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art.11 del D.L. 23/11/1988, n.509, un'ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato medico di specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione.

**Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003** : i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Dichiaro di essere stato informato, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti con la presente saranno trattati esclusivamente per il perseguimento delle finalità del procedimento relativo alla medesima ed, in conformità alle disposizioni di cui al D. Lgs. 196/2003, esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi.

Luogo, data, \_\_\_\_\_

**La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di temporaneo impedimento, per ragioni connesse allo stato di salute, deve essere resa dal sostituto in presenza di un pubblico ufficiale, e non può essere firmata e presentata unitamente alla fotocopia di identità del sottoscrittore.**

**Spazio riservato al Pubblico Ufficiale**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (qualifica \_\_\_\_\_) attesto che la dichiarazione su estesa è stata resa in mia presenza dal dichiarante \_\_\_\_\_ identificato mediante (estremi di un documento del dichiarante) \_\_\_\_\_

Il quale mi ha altresì dichiarato di presentare la dichiarazione nell'interesse di \_\_\_\_\_ temporaneamente impedito per motivi connessi allo stato di salute.

Luogo e data.....

TIMBRO

\_\_\_\_\_   
FIRMA DELL'ADDETTO