

Mod. 1A/Regione Veneto

ISTANTE MAGGIORENNE/  
INABILITATO ASSISTITO DAL CURATORE



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

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

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

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

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

domiciliato a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_

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

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

Tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Ovvero (se inabilitato assistito dal curatore)

- assistito dal **curatore** Sig. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere 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, secondo quanto previsto dagli artt. 75 e 76 DPR 445/2000

### DICHIARA

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

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

c) di essere residente in \_\_\_\_\_

d) di essere temporaneamente  
 domiciliato  a \_\_\_\_\_  
 in struttura residenziale \_\_\_\_\_  
 ricoverato in \_\_\_\_\_

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

**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 \_\_\_\_\_

- copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore (qualora la firma non venga apposta in presenza del pubblico ufficiale);.....(estremi del documento).....

- altra certificazione integrativa:

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

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

- La presente dichiarazione ha validità di 6 mesi (art. 41 Dpr 445/2000): se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità di essi.
- Tale dichiarazione può essere trasmessa a mezzo postale o a mezzo fax (art. 38 DPR 445/2000). In questi casi la dichiarazione dovrà essere accompagnata da copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore
- 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 Dig. 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 Dig. 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 Dig. 196/2003 esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi.

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

**Spazio riservato al pubblico ufficiale.**

*La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza d un impedimento a sottoscrivere" art. 4,1°c, DPR 445/2000.*

Io sottoscritto 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:

- che non sa firmare.
- che non può firmare a causa di un impedimento.

Luogo e data.....

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO