



ISTANTE MINORENNE O INTERDETTO

__ I __ sottoscritt__ _____

nat_ a _____ provincia di _____ il _____

residente in _____ provincia di _____

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ codice fiscale _____

In qualità di genitore del minore/tutore dell'interdetto (nel caso di tutore indicare gli estremi del provvedimento di nomina alla tutela) _____ del Sig. _____

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

DICHIARA

Che il summenzionato interessato

a) è nat_ a _____ provincia di _____ il _____

b) è cittadin_ italian_ o U.E. –
 cittadino extracomunitario munito di permesso di soggiorno carta di soggiorno

c) è residente in _____

d) è 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 di quanto dichiarato 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 – genitore o tutore

- 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.
- 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 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, _____

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:

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

Luogo e data.....

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO