

**AZIENDA SANITARIA 10 DI FIRENZE**

**Commissione medica per l'accertamento della invalidità civile**

Istante minore anni 18 o interdetto

Parte riservata all'ufficio

Inviare comunicazioni c/o

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di tutore o rappresentante legale di \_\_\_\_\_ (interdetto o minore

di anni 18) nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il predetto venga sottoposto ad accertamento sanitario ai sensi dell'art. 11 della Legge 24 Dicembre 1993, n. 537 e relativo regolamento per il **riconoscimento / aggravamento** dell'invalidità, quale:

**INVALIDO CIVILE**

ai sensi della L. 30 Marzo 1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni. INDICARE, solo ai fini dell'art. 1, comma 3, della L. 15 Ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico  **SI**  **NO**

**CIECO CIVILE**

ai sensi della L. 27 Maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni.

**SORDOMUTO**

ai sensi della L. 26 Maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni.

**PERSONA HANDICAPPATA**

ai sensi della L. 5 Febbraio 1992, n. 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 Comune competente 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 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 dell'art. 76 del D.P.R. n° 445 del 28 dicembre 2000,

### DICHIARA CHE IL SOPRA MENZIONATO

- è nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- è cittadin\_\_ italian\_\_ / \_\_\_\_\_
- è residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_
- che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile NON dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro
- di non aver presentato né di avere in sospeso presso il MINISTERO del TESORO istanza di ricorso contro il giudizio della Commissione di Prima Istanza (da meno di 180 gg.).

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

➤ **DÀ IL CONSENSO, AI SENSI DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N° 196, AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI PER L'ISTRUZIONE E LA DEFINIZIONE DELLA PRATICA.**

#### ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA

- SCHEDE MEDICA DI SEGNALAZIONE rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dr. \_\_\_\_\_
- ALTRA DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA \_\_\_\_\_
- PER I CITTADINI EXTRACOMUNITARI: COPIA DEL **PERMESSO DI SOGGIORNO** di durata non inferiore ad un anno. Per i benefici economici occorre essere in possesso della **CARTA DI SOGGIORNO**.
- FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ<sup>1</sup>

Firma del tutore o rappresentante legale<sup>1</sup>

DATA \_\_\_\_\_

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta da Pubblico Ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (DPR n. 445 del 28/12/2000, Art. 4).

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

Causa dell'impedimento a sottoscrivere \_\_\_\_\_

Il Pubblico Ufficiale (Firma e timbro) \_\_\_\_\_

La dichiarazione di chi si trovi in 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, dal figlio 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.

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio o altro parente), dichiara l'impedimento temporaneo dell'interessato a sottoscrivere.

Firma

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

(1) La domanda è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto alla ricezione ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**N.B. Per le richieste di aggravamento la documentazione sanitaria (CARTELLE CLINICHE, REFERTI RX, ECOGRAFIE, VISITE SPECIALISTICHE, ETC.) dovrà essere esibita al momento della presentazione della domanda.**



Presenta aggravamento delle condizioni preesistenti per le seguenti motivazioni:

---

---

---

---

---

---

---

**PER I MINORI**

**Rispondere alle seguenti domande scrivendo SI/NO**

- Presenta difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età \_\_\_\_\_
  
- Presenta perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000 e 2000 Hertz  
\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B. Si ricorda che le domande per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive sono prese in esame a condizione che siano corredate da documentazione sanitaria comprovante le modificazioni del quadro clinico preesistente (D.L. 9/11/1990 art. 3).**