

All'Azienda Sanitaria U. S. L. N.2
Commissione Medica per l'accertamento
delle invalidità civili
85100 POTENZA

Modello A
RICHIEDENTE MAGGIORENNE

.....I.....sottoscritt.....nat....a.....
Prov. diilresidente inProv.di.....
Via.....n°.....cap.....Stato civile.....
Professione.....tel.....cod. fiscale.....

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 ai sensi della legge 30 marzo 1971, n.118 e successive modificazioni ed integrazioni- indicare solo ai fini dell' art. 1 comma 3 della legge 15/10/1990, n. 295, se minorato
psichico SI NO
- CIECO CIVILE ai sensi della legge 27/05/1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni
- SORDOMUTO ai sensi della legge 26/05/1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni
- PERSONA HANDICAPPATA ai sensi della legge 05/02/1992, n. 104
- PERSONA DISABILE ai sensi della legge 12 marzo 1999 n.68

(Avvertenze: è possibile barrare una sola casella con una "X" in 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 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 esibizioni di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 04/01/1968, n. 15.

DICHIARA

- a) di essere nat....a.....Prov. di.....il.....
- b) di essere cittadin.. italian... € dell'Unione Europea stranier ...di cui all'art.32 della legge 40/98
- c) di essere residente inVia.....n°.....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa 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 rilasciate in data

.....da.....

- altra documentazione integrativa.....

Data.....

FIRMA

./.

(1) Se il richiedente non sa o non può firmare, si deve procedere alla sottoscrizione da parte di 2 testimoni, allegando alla presente copia del documento di identità dei testimoni.

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento):

1° Testimonenato a
ilresidente in..... Via N° cap.
Documento n°
documenton.....
rilasciato il da.....

Data..... FIRMA.....

2° Testimonenato a
ilresidente in..... Via N° cap.
Documento n°
documenton.....
rilasciato il da.....

Data FIRMA

NOTA BENE

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

- per la valutazione dell'aggravamento invalidità e delle condizioni visive di cui all'art. 11 del D. L.vo 23/11/ 88, n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente.
- per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.