

Data.....

Il/ la sottoscritto/ a..... nato/a a.....
Provincia di..... il..... residente in.....
Provincia di Via/ Piazza N°.....
C.A.P..... stato civile..... professione.....
Telefono.....
nella sua qualità di.....
del (interdetto o minore di anni 18) nat ... a
il residente in via/piazza
n.....c.a.p.....Codice fiscale.....

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, e per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

INVALIDO CIVILE - ai sensi della Legge 30 marzo 1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni – indicare ai soli fini dell'articolo 1 comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico SI NO

CIECO CIVILE – Ai sensi della Legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni

SORDOMUTO – ai sensi della Legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni

PERSONA HANDICAPPATA – ai sensi della Legge 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

Si d'ora chiede con la presente istanza alla competente Prefettura che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'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, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 così come modificata ed integrata dal DPR 445/2000 art. 76,

DICHIARA

- a) Di essere nat... a..... provincia di.....il.....
- b) Di essere cittadin.... italian....
- c) Di essere residente in.....
- d) Che le infermità per le quali si 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:

- certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data
da.....
- altra documentazione integrativa:

.....
FIRMA

* Il testo tiene conto dell'avviso di rettifica pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 17 genn. 1955, n. 13

AVVERTENZE

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza di due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della legge 11 maggio 1971 n. 390

Dichiarante impossibilitato a firmare.

Causa dell'impedimento.....
.....

1° Testimonenat... a.....
il residente in via/piazza
..... n.c.a.p. documento
n. rilasciato il da.....

Data

Firma
.....

2° Testimonenat... a.....
il residente in via/piazza
..... n.c.a.p. documento
n. 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 dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art. 11 del D.Lgs 13 novembre 1988 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.