

Modello A

Istante Maggioreenne

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 6
U.O. – STAFF COMMISSIONE MEDICA
PER L'ACCERTAMENTO DELLE
INVALIDITÀ CIVILE
VIA S. Meccio, 16
90141 – PALERMO

Il/La sottoscritt _____ nata a _____
() il _____ e residente in _____ () via /piazza _____
n. _____ (C.A.P. _____), Tel. _____ stato civile _____
Professione _____ codice 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 ai soli fini dell'art. 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 4 febbraio 1992, n. 104
- PERSONA DISABILE AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO** – ai sensi dell'art.1 comma 4, L. 12/03/99 ,68

(Avvertenza: 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 alla competente Prefettura che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, richiamate dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

DICHIARA (autocertificazione)

- a) di essere nat__ a _____ () il _____
- b) die essere cittadin__ italian__
- c) di essere cittadin _____ con permesso/carta di soggiorno dal _____
- d) di essere residente in _____ via/piazza _____ N° _____
- e) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro;
- f) vista l'informativa di cui all' art. 10 della legge 675/96 (vedi retro) di dare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili di cui alla predetta legge.

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 _____ dal Dott. _____

Altra documentazione integrativa _____

scheda informativa socio lavorativa solo per la domanda persona disabile ai fini dell'inserimento lavorativo.

Palermo _____

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 civile e delle condizioni visive, di cui all'art. 11 del D.L. 23 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.*

NOTA INFORMATIVA ai sensi dell'art.10 Legge n. 675 del 21/12/1996 (CONSENSO INFORMATO)

La firma apposta in calce al frontespizio della presente domanda comporta l'autorizzazione al trattamento dei dati personali sensibili del richiedente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Pertanto i dati in nostro possesso verranno comunicati al Ministero del Tesoro (Commissione Medica di Verifica), e agli enti richiedenti autorizzati dalle leggi vigenti a ricevere tali dati.

Il trattamento dei dati personali avverrà nel rispetto delle modalità indicate dall'art.9 della legge citata.

Informa inoltre che il rifiuto a comunicare i dati richiesti può comportare l'impossibilità di dare regolare corso alla presente istanza.

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante e con indicazione della causa dell'impedimento a sottoscrivere.

Estremi di un documento del dichiarante : _____

Causa dell'impedimento a sottoscrivere : _____

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO

SCHEDA INFORMATIVA SOCIO-LAVORATIVA

(da allegare alla domanda di accertamento sanitario per persona disabile ai fini dell'inserimento lavorativo L. 68/99)

COGNOME _____	NOME: _____
NATO/A A: _____	IL: _____
RESIDENTE A: _____	VIA: _____ N _____
STATO CIVILE _____ (celibe/nubile, coniugato/a, separato/a, divorziato/a, vedovo/a)	

Già riconosciuto (VEDI N.B. n.1) cieco sordomuto invalido civile

REDDITO PERSONALE:	<input type="checkbox"/> SENZA REDDITO	<input type="checkbox"/> INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
	<input type="checkbox"/> PENSIONE DI INABILITA'	<input type="checkbox"/> INDENNITA' DI FREQUENZA
	<input type="checkbox"/> ASSEGNO DI ASSISTENZA	<input type="checkbox"/> ALTRO

AUTONOMIE PERSONALI, SOCIALI, RELAZIONALI

<table style="width: 100%;"> <tr><td>SI VESTE DA SOLO:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>MANGIA DA SOLO:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>SI LAVAVA DA SOLO:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>CONTROLLO SFINTERICO:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>SI SPOSTA DA SOLO:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">- IN CASA</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">- NEL VICINATO</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">- IN PAESE</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>USA MEZZI DI TRASPORTO: - PUBBLICI</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">- AUTO</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">- MOTORINO</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">- BICICLETTA</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>SA LEGGERE E SCRIVERE:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>USA L'OROLOGIO:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>USA IL DENARO:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>USA IL TELEFONO:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>USA I SERVIZI (NEGOZI, BANCHE, UFFICI PUBBLICI)</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>RELAZIONA SOLO CON I FAMILIARI:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>HA AMICI:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>FREQUENTA GRUPPI O ASSOCIAZIONI:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> <tr><td>COMUNICA VERBALMENTE:</td><td><input type="checkbox"/> No</td><td><input type="checkbox"/> Si</td></tr> </table>	SI VESTE DA SOLO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	MANGIA DA SOLO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	SI LAVAVA DA SOLO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	CONTROLLO SFINTERICO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	SI SPOSTA DA SOLO:			- IN CASA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	- NEL VICINATO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	- IN PAESE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	USA MEZZI DI TRASPORTO: - PUBBLICI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	- AUTO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	- MOTORINO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	- BICICLETTA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	SA LEGGERE E SCRIVERE:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	USA L'OROLOGIO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	USA IL DENARO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	USA IL TELEFONO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	USA I SERVIZI (NEGOZI, BANCHE, UFFICI PUBBLICI)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	RELAZIONA SOLO CON I FAMILIARI:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	HA AMICI:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	FREQUENTA GRUPPI O ASSOCIAZIONI:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	COMUNICA VERBALMENTE:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<p><u>Situazione abitativa</u></p> <p><input type="checkbox"/> vive solo/a</p> <p><input type="checkbox"/> vive nella famiglia di origine</p> <p><input type="checkbox"/> vive in famiglia propria</p> <p><input type="checkbox"/> vive con altri parenti</p> <p><input type="checkbox"/> vive in struttura comunitaria</p> <p><u>Dislocazione della casa nel territorio rispetto ai servizi pubblici di trasporto</u></p> <p><input type="checkbox"/> servita</p> <p><input type="checkbox"/> poco servita</p> <p><input type="checkbox"/> isolata</p> <p><u>Barriere architettoniche</u></p> <p><input type="checkbox"/> assenti</p> <p><input type="checkbox"/> solo esterne</p> <p><input type="checkbox"/> interne</p> <p><input type="checkbox"/> Ascensore:</p> <p><u>Note:</u> _____</p> <p>_____</p>
SI VESTE DA SOLO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
MANGIA DA SOLO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
SI LAVAVA DA SOLO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
CONTROLLO SFINTERICO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
SI SPOSTA DA SOLO:																																																																
- IN CASA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
- NEL VICINATO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
- IN PAESE	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
USA MEZZI DI TRASPORTO: - PUBBLICI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
- AUTO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
- MOTORINO	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
- BICICLETTA	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
SA LEGGERE E SCRIVERE:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
USA L'OROLOGIO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
USA IL DENARO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
USA IL TELEFONO:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
USA I SERVIZI (NEGOZI, BANCHE, UFFICI PUBBLICI)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
RELAZIONA SOLO CON I FAMILIARI:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
HA AMICI:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
FREQUENTA GRUPPI O ASSOCIAZIONI:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														
COMUNICA VERBALMENTE:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si																																																														

CURRICULUM SCOLASTICO

	SOSTEGNO SI/NO	ASSISTENTE PERSONALE SI/NO	ISTITUTO - QUALIFICA
SCUOLA MATERNA			
SCUOLA ELEMENTARE			
SCUOLA MEDIA			
CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE E DI QUALIFICAZIONE			
SCUOLA SUPERIORE			
UNIVERSITA'			

SEGUITO DA SERVIZI DI RIABILITAZIONE/SOSTEGNO DOPO LA FREQUENZA SCOLASTICA

Servizio _____ Sede _____ dal _____ al _____

Servizio _____ Sede _____ dal _____ al _____

Servizio _____ Sede _____ dal _____ al _____

Operatori di riferimento (medico, psichiatra, fisioterapista, logopedista, assistente sociale, educatore, ecc.) (VEDI N.B. n.2)

CURRICULUM LAVORATIVO

TIROCINIO C/O DITTA	ENTE PROMOTORE	MANSIONE	DAL	AL

ESPERIENZE LAVORATIVE	TIPOLOGIA DITTA	MANSIONE	DAL	AL

SITUAZIONE LAVORATIVA ATTUALE

OCCUPATO CON COLLOCAMENTO ORDINARIO OBBLIGATORIO ALTRO _____

PRESSO DITTA _____ COMUNE _____

MANSIONE _____ DAL _____

TEMPO PIENO TEMPO PARZIALE (quante ore settimanali) _____

DISOCCUPATO DAL _____ ISCRITTO AL COLLOCAMENTO ORDINARIO DAL _____

ISCRITTO AL COLLOCAMENTO OBBLIGATORIO DAL _____

MOTIVI DELL'EVENTUALE LICENZIAMENTO: _____

ATTITUDINI LAVORATIVE: _____

USA MEZZI INFORMATICI: Si No

CONOSCENZA LINGUE STRANIERE: Si No

PATENTE DI GUIDA: Si No

DISPONIBILITA' DI SPOSTAMENTO: Si No

QUALI PROGRAMMI _____

QUALI _____

TIPO _____

quanti km. _____

tipo di trasporto utilizzabile _____

Data _____

Firma _____

N.B. Documenti da allegare

- fotocopia del verbale di visita della competente commissione
- relazione del Servizio competente sulle attitudini lavorative del soggetto
- fotocopia libretto di lavoro (per la parte compilata)