

## 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