



Mod. 1A - Regione Veneto

€ **ISTANTE MAGGIORENNE**

€ **INABILITATO ASSISTITO DAL CURATORE**

€ **INCAPACE ASSISTITO DA AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** (legge 09.01.06. n°6)

Il/la sottoscritto/a _____ M F

nato/a a _____ provincia di _____ il _____

residente in _____ provincia di _____

via/piazza _____ n _____ C.A.P. _____

domiciliato a _____ provincia di _____

Tel. _____ cod. fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a

Se coniugato riportare cognome nome del coniuge: _____

nato/a a _____ provincia di _____ il _____

cod. fisc. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Ovvero, (se inabilitato / incapace) assistito da

curatore / amministratore di sostegno sig. _____

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 – L. 118/1971, L. 18/1980. (indicare se neoplastico SI NO- L. 80/06).

SORDO – L. 381/1970, L. 95/2006. CIECO CIVILE – L. 382/1970, L. 138/2001.

PORTATORE DI HANDICAP – L. 104/1992.

PERSONA DISABILE – L. 68/1999 per iscrizione al collocamento mirato (l'inserimento lavorativo).

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione al tipo ed al grado d'invalidità e alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione al tipo ed al grado d'invalidità riconosciuto.

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 contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

DICHIARA

a) di essere cittadino/a italiano/a cittadino/a dell'Unione Europea
 cittadino/a extracomunitario/a con permesso di soggiorno carta di soggiorno

b) di essere temporaneamente domiciliato presso _____
via _____ città _____

in struttura residenziale _____

ricoverato _____ reparto _____

c) **che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da cause 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 il _____ da _____ ;
- copia fotostatica non autenticata del documento di identità del richiedente e copia fotostatica completa della tessera sanitaria (nuova);
- copia del provvedimento di nomina del curatore o amministratore di sostegno;
- altra certificazione integrativa: _____

Luogo e data _____

_____ firma per esteso del richiedente

- La presente dichiarazione ha validità di 6 mesi (art. 41 DPR 445/2000) se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore ha la stessa validità degli stessi.
- La richiesta può essere trasmessa anche a mezzo postale o via fax (art. 38 DPR 445/2000) unitamente alla fotocopia del documento di identità del richiedente. **La documentazione medica potrà essere in copia ma dovrà essere prodotta in originale al momento della visita.**
- Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 DPR 445/2000.
- Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e deve indicare:
 - per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità di cui all'art.11 del D.L. 23/11/1988, n. 509, le cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
 - per la domanda di cieco civile deve essere allegato certificato medico di specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento relativo al riconoscimento dello stato di invalidità civile e dei benefici da esso derivante ed in conformità alle disposizioni vigenti in materia di privacy del predetto de-creto ed esprime pertanto il suo consenso al trattamento degli stessi.

Data _____

il/la dichiarante

SPAZIO RISERVATO AL PUBBLICO UFFICIALE

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante.

Estremi di un documento del dichiarante _____

Si attesta che la dichiarazione è stata a me resa dall'interessato, ai sensi dell'art. 4 - 1° comma del D.P.R. n. 445/2000, in presenza di un impedimento a sottoscrivere

Luogo e data _____

_____ timbro a stampa e firma dell'addetto