

**ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE di
BRESCIA**

Distretto di _____

Commissione Medica per l'accertamento delle
Invalidità Civili, delle Condizioni Visive e del
Sordomutismo

SPAZIO RISERVATO ALLA
SEGRETERIA

...l... sottoscritt..... nat... a

prov..... il..... residente in..... (c.a.p.)

Via/P.zza n.....

Codice fiscale..... Tel.

Cell..... e-mail.....

nella sua qualità di

del (minore di 18 anni o interdetto)

nat... a..... prov..... il..... residente in

(c.a.p.)..... Via/P.zza..... n.....

Codice fiscale Tess. San.

Eventuale domicilio o recapito
diverso dall'indirizzo di residenza

(N.B.: indicare anche il nominativo
presso il quale si è domiciliati) Tel.

CHIEDE

che il predetto venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi della Legge 24 /12/1993
n.537, art. 11, e del relativo regolamento, per il

RICONOSCIMENTO

AGGRAVAMENTO

quale (barrare con una "x" la casella corrispondente all'accertamento richiesto):

INVALIDO CIVILE - ai sensi della Legge 30/03/1971, n.118 e succ. modifiche e integrazioni –
indicare ai soli 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 succ. modifiche e integrazioni;

SORDOMUTO - ai sensi della Legge 26/05/1970, n.381 e succ. modifiche e integrazioni;

PERSONA HANDICAPPATA - ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104;

PERSONA DISABILE - ai sensi della Legge 12/03/1999, n. 68 (collocamento mirato al lavoro);

Nel caso si barri la sola casella "**persona handicappata**" o "**persona disabile**" e in tutti i casi per i
cittadini stranieri muniti di permesso di soggiorno compilare la restante parte del modello
solamente fino alla lettera d).

Con lo 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 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 può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 – Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA che il predetto:

- a) è nat....a.....prov..... il.....
- b) è cittadin...: italian...
 dell'Unione Europea
 stranier....di cui all'art. 32 lett. a) e b) Legge 40/98
 con permesso di soggiorno scadente il
 con carta di soggiorno rilasciata il
- c) è residente in.....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile, non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.
- e) da compilare solo per gli interdetti di età inferiore ai 65 anni se uomini e ai 60 anni se donne: che è iscritto nelle liste "speciali" di collocamento SI dal NO

DA COMPILARE SOLO PER MINORI, INTERDETTI DI ETA' INFERIORE AI 65 ANNI O CIECHI

f) di non aver percepito nell'anno scorso redditi lordi propri calcolati agli effetti dell'IRPEF

g) di aver percepito nell'anno scorso redditi lordi propri, calcolati agli effetti dell'IRPEF di €..... derivanti da:

- Pensione corrisposta da categoria.....
- Attività lavorativa.....
- Rendita - derivante da

h) (Per i minori dichiarati invalidi totali con bisogno di assistenza continua o con impossibilità a deambulare e per i maggiorenni sotto tutela) È RICOVERATO IN ISTITUTO PER FINI RIABILITATIVI O IN REPARTI DI LUNGODEGENZA:

NO

SI: PRESSO (indicare nome e indirizzo dell'Istituto)

..... DALLA DATA del

con retta di ricovero a totale carico di Ente pubblico: SI NO.

i) Solo per "minori non deambulanti con difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età": È ricoverato

NO

SI presso..... dal..... al

j) Solo per minori frequentanti le scuole pubbliche o private, a partire dall'asilo nido, e i centri sottospecificati: frequenta

la scuola.....dal..... al.....

il centro ambulatoriale o il centro diurno specializzato nel trattamento terapeutico, nella riabilitazione o nel recupero convenzionato con la Regione Lombardia SI NO dal al

il centro di formazione o addestramento professionale dal al

Il sottoscritto si obbliga a comunicare, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 2 comma 3 della Legge 11/10/1990 n. 289, la cessazione della frequenza del minore assistito.

DICHIARA ALTRESÌ CHE

k) Solo per gli interdetti: il predetto è titolare d'indennità di accompagnamento percepita per causa di guerra, di lavoro o di servizio (art.1, comma 4 L. 508/88): SI NO.

l) che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti presso:

- l'Ufficio Postale
- tramite accredito in conto corrente bancario

(compilare il modello di accredito allegato che deve essere restituito con la presente domanda compilato, timbrato e firmato dal funzionario bancario/postale; deve essere indicato lo stesso ufficio postale o lo stesso conto corrente bancario dove vengono rimosse eventuali altre pensioni INPS)

m) in caso di riconoscimento delle eventuali provvidenze economiche, il/la sottoscritto/a delega alla riscossione (il delegato deve essere la stessa persona già delegata per la riscossione di eventuali altre pensioni INPS):

il Sig / Sig.ra nato a Il
..... residente a.....
Via..... tel.....c.f.....

La presente delega, se non è revocata, ha durata illimitata (vedi avvertenze per la firma ultimo paragrafo del modulo)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni relative a:

- ricovero in istituto
- condizioni economiche
- cambiamenti anagrafici

ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- ◆ CERTIFICATO MEDICO IN ORIGINALE attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in data da
- ◆ DOCUMENTAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA (ad es. fotocopie di cartellini ospedalieri, referti radiologici, visite specialistiche, originali di relazioni C.P.S./psichiatriche, ecc.).
- ◆ Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità civile precedente

Nota bene:

Il **certificato medico** da allegare in **originale**, di **data non antecedente a sei mesi**, deve esprimere la **diagnosi con chiarezza e precisione**; inoltre dovrà:

- a) in caso di **domanda di aggravamento** (art. 11 D. Lgs. 23/11/1988, n. 509) contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente
- b) in caso di domanda per riconoscimento della **cecità civile** essere redatto da specialista oculista di struttura pubblica o accreditata ed attestare la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi (con eventuale correzione) o un residuo perimetrico binoculare inferiore al 10%.
- c) In caso di domanda per riconoscimento della condizione di **sordomutismo** deve specificare che la sordità non è di natura esclusivamente psichica.

◆ **ALTRA DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA DA ALLEGARE:**

- Fotocopia documento di identità in corso di validità del tutore, minore o interdetto
- fotocopia codice fiscale del tutore, del codice fiscale del minore o interdetto
- fotocopia tessera sanitaria del minore o interdetto
- per i cittadini stranieri – **permesso di soggiorno** (ai fini del riconoscimento dei benefici non economici) o **carta di soggiorno in copia autenticata** (ai fini del riconoscimento dei benefici economici).

DELEGA A PATRONATO

Per il trattamento della presente pratica, ai sensi e per gli effetti della Legge 30/03/01, n.152 il/la sottoscritto/a, delega a rappresentarlo/a e assisterlo/a gratuitamente il patronato/associazione di categoria: con sede in Via..... tel. presso il quale elegge domicilio ai sensi dell' art. 47 c.c. .

Il mandato può essere revocato solo per iscritto.

Informativa ai sensi del D.Lgs 196/03 e successive modifiche ed integrazioni

1. il conferimento dei dati è indispensabile per il raggiungimento dei benefici di cui alla presente istanza; qualora l'assistito non consentisse al loro trattamento, le prestazioni non potrebbero essere assicurate adeguatamente;
2. i dati personali e sensibili, contenuti nella presente istanza e nella documentazione sanitaria ad essa connessa, saranno oggetto di trattamento esclusivamente da parte di enti e strutture dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.) ai fini della definizione dell'istanza stessa e della liquidazione delle competenze accertate;
3. il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico della Azienda Sanitaria Locale;
4. Tali dati, elaborati statisticamente e in forma anonima saranno inviati alla Regione Lombardia; inoltre potranno essere elaborati, anche a scopo di studio, per conseguire una miglior conoscenza del fenomeno dell'invalidità/disabilità.
5. Titolare del trattamento è l'ASL di Brescia, il cui Legale Rappresentante è il Direttore Generale, domiciliato, agli effetti della carica, a Brescia, in Viale Duca degli Abruzzi n° 15. Responsabile, per l'ambito di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 29 del D.Lvo 196/03, è il Direttore di Distretto presso cui ha luogo la presentazione della domanda e il Responsabile del Servizio Provvidenze Economiche agli Invalidi Civili. Sul sito dell'ASL di Brescia troverà l'elenco di tutti i Responsabili designati, comprensivo del recapito d'ufficio o della sede.

Il/la sottoscritto/a, **acquisite le informazioni** contenute nell'informativa al trattamento dei dati fornite ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, per il trattamento dei dati personali "sensibili" necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa, **presta il suo consenso**.

Firma per il trattamento dati (leggibile e per esteso).....

DATA.....

FIRMA PER LA DOMANDA (leggibile e per esteso).....

AVVERTENZE PER LA FIRMA (nuove disposizioni d.p.r. 21/12/2000 n. 445)

1. La firma dovrà essere apposta personalmente dall'invalido, oppure se egli è interdetto, dal suo legale rappresentante allegando copia conforme o autocertificando in qualità di tutore / curatore / procuratore speciale / procuratore generale, l'atto di conferimento della tutela / curatela / procura.
2. La firma del richiedente **dovrà essere autenticata** se alla riscossione delle eventuali provvidenze economiche spettanti sia stata delegata altra persona, o può essere apposta dal richiedente alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica.
3. Se il richiedente **non sa o non può firmare**, la presente dichiarazione, dovrà essere autenticata da un pubblico ufficiale (A.S.L./Comune/ecc...), il quale previo, accertamento dell'identità del dichiarante, ne attesta l'impedimento a sottoscrivere.
La dichiarazione, nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge, o in sua assenza dal figlio o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.