



All' UNITA' SANITARIA LOCALE n. 2
Commissione Medica per l'accertamento delle Invalità Civili
Ingresso Uffici del Poliambulatorio di P.le Europa (ex INAM)
(lato sinistro - 1° Piano)

ISTANTE MAGGIORENNE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ (____) via _____
Professione _____ tel. _____ cod.Fiscale _____

ISTANTE MINORE DI ANNI 18 O INTERDETTO

POST-MORTEM

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ (____) via _____
Professione _____ tel. _____ cod.Fiscale _____

nella sua qualità di Genitore Coniuge Figlio/a Tutore dell' Interdetto Rapp.te Legale
di _____ (interdetto o minore di anni 18)
 _____ deceduto/a in data ____/____/____
nato a _____ (____) il ____/____/____ residente a _____ (____) via _____

CHIEDE

di essere o che il predetto venga sottoposto/a ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art.11 della legge 24.12.93 n. 537 e del relativo regolamento per il riconoscimento aggravamento di *

<input type="checkbox"/> INVALIDO CIVILE	- ai sensi della L. n.118 del 30.03.71, e successive modificazioni ed integrazioni
<input type="checkbox"/> MINORATO PSICHICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	- indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della L. 15.10.90 n. 295
<input type="checkbox"/> CIECO CIVILE	- ai sensi della L. n. 382 del 27.5.70 e successive modificazioni ed integrazioni
<input type="checkbox"/> SORDOMUTO	- ai sensi della L. n. 381 del 26.5.70 e successive modificazioni ed integrazioni
<input type="checkbox"/> PERSONA CON HANDICAP	- ai sensi della L. n. 104 del 05.02.92
<input type="checkbox"/> PERSONA CON DISABILITA'	- ai sensi della L. n. 68 del 13.3.99 (ai fini dell'inserimento lavorativo)

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 al competente Comune che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta. Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 28.12.2000 n.445.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445

a) di essere nato/a a _____ (____) il ____/____/____
b) di essere cittadino/a italiano/a (oppure _____)
c) di essere residente a _____ (____) via _____
d) di essere domiciliato a _____ (____) via _____
e) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendano da cause di guerra, di servizio o di lavoro
f) di dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti

Allega alla presente domanda:

- la **certificazione medica** attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data ____/____/____ da _____
- altra documentazione integrativa _____

PERUGIA, li ____/____/____

_____ (firma)

AVVERTENZE * barrare con una X la sola casella corrispondente al riconoscimento richiesto. Non più di uno per domanda

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 23.11.88 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 1/10 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.
 - eventuale motivata richiesta di visita a domicilio

AVVERTENZE PER LA FIRMA

L'impedimento alla sottoscrizione e alla dichiarazione è regolato dagli artt. 4 e 5 del D.P.R. n. 445/2000 che prevede le seguenti procedure:

IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE (art. 4)

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il pubblico ufficiale accerta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un 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, dai figli o, in mancanza di questi, da un altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

RAPPRESENTANZA LEGALE (art. 5)

Se l'interessato è soggetto alla potestà dei genitori, a tutela o a curatela, le dichiarazioni e i documenti previsti dal presente Testo unico sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà, dal tutore, o dall'interessato stesso con l'assistenza del curatore.

DICHIARANTE IMPOSSIBILITATO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE

(ART.4 comma 1 e 2 D.P.R. 445/2000)

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 in qualità di pubblico ufficiale, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal sig./sig.ra

_____ consapevole delle sanzioni, anche di natura penale, previste dagli artt. 75 e 76 dello stesso D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, da me precedentemente identificato a mezzo

documento _____ n _____

in quanto soggetto impedito alla sottoscrizione (comma 1):

per conto di _____, soggetto temporaneamente impedito alla

sottoscrizione e alla dichiarazione (comma 2), nella sua qualità di (grado parentela) _____

causa dell'impedimento: _____

_____ Data

_____ Firma del pubblico ufficiale

Timbro

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 artt. 23, 24, 25 del D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali")

Ai sensi del D.Lgs 30.06.2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", l'Azienda Sanitaria Locale n. 2 della Regione dell'Umbria effettua le operazioni di trattamento dei dati personali, con particolare riferimento a quelli relativi allo stato di salute, nel pieno rispetto della riservatezza, dei diritti e delle libertà fondamentali dei cittadini.

I dati personali di ogni origine e natura relativi a qualsiasi soggetto sono trattati per finalità istituzionali, amministrativo-contabili, di gestione dei rapporti assicurativi, di ricerca e funzionali all'erogazione al soggetto interessato delle prestazioni richieste.

I dati anagrafici e sanitari di ogni soggetto saranno resi disponibili al personale incaricato del trattamento nelle diverse unità operative dell'Azienda per le attività di competenza, e potranno essere inoltre comunicati ad Enti Previdenziali, Assicurazioni, Società di Consulenza a qualsiasi titolo, e ad altri soggetti pubblici e privati in adempimento degli obblighi di legge.

Titolare del trattamento è l'ASL n. 2 della Regione Umbria, alla quale ci si può rivolgere per far valere i propri diritti previsti dall'art. 7 del "Codice in materia di protezione dei dati personali" in particolare la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, la cancellazione e/o la trasformazione in forma anonima e il blocco dei dati trattati in violazione della legge.

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 D. Lgs 196/2003 e preso atto dei diritti disciplinari e previsti dall'art. 7 del citato Codice:

Il/La _____

sottoscritto/a

esprime, a favore dell'ASL n. 2 della Regione Umbria, il consenso al trattamento dei dati comuni, sensibili ed idonei a rivelare lo stato di salute nonché alla loro comunicazione e diffusione esclusivamente nei casi previsti nell'informativa.

Data _____

_____ firma