



Regione Lazio

Protocollo n.



Sede Regionale Lazio

All'ASL _____
Commissione Medica per
l'Accertamento delle Invalidità Civili

Il/La sottoscritt _____
 nat_ a _____ prov _____ il _____
 residente a _____ prov _____ in via/piazza _____
 n. _____ scala _____ CAP _____
 telefono _____ stato civile _____ professione _____
 codice fiscale _____

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della Legge 24.12.1993 n. 537, e del relativo regolamento, per (*avvertenze barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto*)

- il riconoscimento aggravamento di invalidità convalida dello stato invalidante
- quantizzazioni percentuale invalidità miglioramento dello stato invalidante

Quale

invalido civile - ai sensi della Legge 30.3.1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni – indicare (ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15.10.1990, n. 295) se minorato psichico SI NO

persona handicappata – ai sensi della Legge 5.2.1992 e successive modificazioni e integrazioni

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato d'invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Ai fini di questa richiesta, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenuti dati non più rispondenti a verità

DICHIARA

- a) di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
b) di essere cittadino/a _____
c) di essere residente a Roma in Via/Largo _____ n. _____ scala _____
d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro

S'impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti

Autorizzo, ai sensi del D. Lgs n. 196/03, il trattamento dei dati sensibili necessari per l'istruttoria e la definizione della domanda che mi riguarda

Allega alla presente domanda:

la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in data _____ dal Dott. _____

Con questa domanda chiede alla sede INPS competente che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciute.

FIRMA _____ (allegare fotocopia di un idoneo documento d'identità)

Se la firma è apposta dal curatore, tutore o rappresentante legale, deve essere compilato anche il quadro B

Attestazione a firmare da chi non o non può firmare per impedimento

Ai sensi del DPR 28.12.2000, n. 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dall'interessato, consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me preventivamente identificato a mezzo _____ n. _____
impedito a sottoscrivere
per conto di _____ impedito temporaneamente a sottoscrivere.
Data _____ IL FUNZIONARIO ADDETTO _____

Quadro B: Autocertificazione a cura del TUTORE (interdizione) o del CURATORE (inabilitazione) o del RAPPRESENTANTE LEGALE (per i minori)

Il/La sottoscritt _____
Codice fiscale _____ nat_ a _____ il _____
Residente a _____ Prov _____ Via _____
DICHIARA
di essere stato nominato TUTORE/CURATORE dal Tribunale di _____
con sentenza n. _____ del ___/___/___ (allegare copia autenticata della sentenza)
di essere RAPPRESENTANTE LEGALE del minore richiedente _____
di essere coniugat_ con _____ nat_ il _____ a _____
_____ residente a _____ Prov _____
Via _____
di essere separat_/divorziat_ SI NO (allegare copia autenticata della sentenza)
Data _____ FIRMA _____