

MODELLO B

Istante minore anni 18 o interdetto

(data)

All'Azienda sanitaria locale

Commissione medica per l'accertamento delle invalidità civili

...l... sottoscritto nat..... a provincia di
il residente in provincia di
via/piazza n. c.a.p. n. tel.
nella sua qualità di del
(interdetto o minore di anni 18) nat..... a il
residente in via/piazza
n. c.a.p. codice fiscale

CHIEDE

che il predetto venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della L. 24 dicembre 1993, n. 537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile – ai sensi della L. 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni – indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della L. 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico SI NO
- cieco civile – ai sensi della L. 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni
- sordomuto – ai sensi della L. 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni
- persona handicappata – ai sensi della L. 5 febbraio 1992, n. 104

(AVVERTENZE: 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 d'invalidità o alla minorazione riconosciute.

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 o contenenti dati non più rispondenti a verità, giurista il disposto dell'art. 26 della L. 4 gennaio 1968, n. 15.

DICHIARA

che il summenzionato minorato:

- a) è nat..... a provincia di il
- b) è cittadin... italian...;
- c) è residente in
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

Si impegna a 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:

.....
FIRMA (1-2)

AVVERTENZE

(1) La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della L. 11 maggio 1971, n. 390.

.....
Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento)

.....
1° Testimone nat. a
il residente in via/piazza
n..... c.a.p. documento n.
rilasciato il da

.....
FIRMA

.....
2° Testimone nat. a
il residente in via/piazza
n..... c.a.p. documento n.
rilasciato il da
Data

.....
FIRMA

.....
(2) Specificare la qualità rivestita (legale rappresentante o tutore - art. 8 della L. 4 gennaio 1968, n. 15).

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 novembre 1988, n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.