

AII'AZIENDA SANITARIA LOCALE "SALERNO 1"
Commissione Medica per l'Accertamento delle Invalidità Civili
DISTRETTO SANITARIO

____ I ____ sottoscritt _____ nat ____ a _____ prov. di _____

il _____ residente in _____ provincia di _____

Via / Piazza _____ nr. _____ C.A.P. _____ stato civile _____

Professione _____ tel. _____ cod. fisc. _____

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993, nr. 537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento / aggravamento dell'invalidità, quale :

- invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971 nr. 118, e successive modificazioni ed integrazioni – indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, nr. 295, se minorato psichico SI NO
- cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, nr. 382, e successive modificazioni ed integrazioni
- sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, nr. 381, e successive modificazioni ed integrazioni
- persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, nr. 194
(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 da 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, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, nr. 15,

DICHIARA

a) di essere nat ____ a _____ prov. di _____ il _____ ;

b) di essere cittadin ____ italian ____ ;

c) di essere 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)

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 legge 11 maggio 1971, nr. 390.

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento) _____

1° Testimone _____ nat ___ a _____

il _____ residente in _____ Via / Piazza _____

nr. _____ c.a.p. _____ documento _____ nr. _____

rilasciato il _____ da _____

FIRMA

2° Testimone _____ nat ___ a _____

il _____ residente in _____ Via / Piazza _____

nr. _____ c.a.p. _____ documento _____ nr. _____

rilasciato il _____ da _____

Data _____

FIRMA

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 decreto legislativo 23 novembre 1988, nr. 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 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.