

**Mod. 1A/Regione Veneto  
ISTANTE MAGGIORENNE  
INABILITATO ASSISTITO DAL CURATORE**

All'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria N.\_\_\_\_  
Commissione Invalidi Civili

\_ l\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
provincia di \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ Tessera sanitaria \_\_\_\_\_  
 **assistito dal curatore sig.** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

- INVALIDO CIVILE – legge 118/1971 e legge 18/1980 indicare se minorato psichico si  no  ai fini dell'integrazione della commissione con un sanitario rappresentante della categoria)
- CIECO CIVILE – legge 382/1970
- SORDOMUTO – legge 381/1970
- PERSONA HANDICAPPATA – legge 104/1992
- PERSONA DISABILE – legge 68/1999 per l'inserimento lavorativo

(**Avvertenze:** barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto).

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione al tipo ed al grado d'invalidità e alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Regione che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione al tipo ed al grado d'invalidità riconosciuto.

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 contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445.

**DICHIARA**

a) di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

b) di essere  cittadin\_italian\_  cittadin\_comunitari\_  
 cittadin\_extracomunitari\_ con  permesso di soggiorno  carta di soggiorno

c) di essere residente in \_\_\_\_\_

OPPURE di essere temporaneamente domiciliato a \_\_\_\_\_

in struttura residenziale \_\_\_\_\_  
 ricoverato presso \_\_\_\_\_

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile **non** dipendono da cause 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 \_\_\_\_\_

- copia fotostatica non autenticata del documento di identità del sottoscrittore (qualora la firma non venga apposta in presenza del pubblico ufficiale). Estremi del documento :.....

- altra certificazione integrativa:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

---

La richiesta può essere trasmessa anche a mezzo postale o a mezzo fax (art.38 DPR 445/2000) unitamente alla fotocopia del documento di identità del richiedente. *La documentazione medica potrà essere in copia ma dovrà essere prodotta in originale al momento della visita.*

Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e deve indicare:

- per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art.11 del D.L. 23/11/1988, n.509, un'ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato medico di specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione.

---

*La dichiarazione di **chi non sa o non può firmare** deve essere raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante e con indicazione della causa dell'impedimento a sottoscrivere.*

Estremi di un documento del dichiarante: \_\_\_\_\_

Causa dell'impedimento a sottoscrivere: \_\_\_\_\_

TIMBRO

FIRMA DELL'ADDETTO