

**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