

ISTANZA maggiorenne (Mod. A)

(data)  
All'Azienda sanitaria locale  
Commissione medica per  
l'accertamento delle invalidità civili

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
provincia di (.....) il ..... residente in .....  
provincia di (.....) via/piazza ..... n. .... c.a.p.....  
stato civile ..... professione ..... tel. ....  
codice fiscale .....

C H I E D E

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 - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni - indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico
- cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni
- sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni
- persona handicappata - ai sensi della legge 4 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 al proprio Comune di residenza, 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, n. 15.

D I C H I A R A

- a) di essere nato/a a ..... provincia di (.....) il .....
- b) di essere cittadino o/a italiano/a;
- 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;
- e) di essere cittadino .....(ai sensi dell'articolo 39 della legge 40/98).

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:

- 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, n. 390.

---

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

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

Firma .....

2° Testimone ..... nato/a a .....  
il ..... residente in ..... via/piazza .....  
n. .... c.a.p. .... documento ..... n. ....  
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, n. 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.