

..I..... sottoscritt.....
nat..... a..... Provincia di.....
il..... e residente a..... Provincia di.....
in via/piazza n. c.a.p.
nella sua qualità di ⁽¹⁾ del minore di anni 18 o interdetto
..... (.....) il e residente a
in via n. Tel 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 Legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni;
 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;
 PORTATORE DI HANDICAP - ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni ed integrazioni;

(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 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, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

che il summenzionato minore o interdetto

- a) è nato a Provincia di il
b) è cittadino italiano; dell'Unione Europea; straniero ai sensi del D.Lgs. 25 luglio 1998 n. 286 e del D.P.R. 31 agosto 1999 n. 394 - Regolamento di attuazione del Testo Unico sull'immigrazione
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
dal Dr..... altra documentazione integrativa:

Data,

FIRMA (2)

(1) specificare la qualità rivestita (genitore o tutore o curatore - art. 5 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445).

(2) Per la dichiarazione e la sottoscrizione di chi non sa o non può firmare vedere AVVERTENZE sul retro.

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Art.13 D.Lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi del D.Lgs.30.06.2003 n. 196 “codice in materia di protezione dei dati personali”, l’Azienda Sanitaria Locale n. 3 della Regione Umbria effettua le operazioni di trattamento dei dati personali, con particolare riferimento a quelli relativi allo stato di salute, nel pieno rispetto della riservatezza, dei diritti e delle libertà fondamentali dei cittadini.

I dati personali di ogni origine e natura relativi a qualsiasi soggetto sono trattati per le finalità istituzionali, amministrativo-contabili, di gestione dei rapporti assicurativi, di ricerca e funzionali alla erogazione al soggetto interessato delle prestazioni richieste.

Il trattamento dei dati è effettuato direttamente dalla Azienda ASL n. 3 tramite il personale sanitario e amministrativo dipendente, nonché tramite personale consulente, convenzionato, accreditato.

I dati anagrafici e sanitari di ogni soggetto saranno resi disponibili al personale incaricato del trattamento nelle diverse unità operative dell’Azienda per le attività di competenza, e potranno essere inoltre comunicati ad Enti Previdenziali, Assicurazioni, Società di consulenza a qualsiasi titolo, e ad altri soggetti pubblici e privati in adempimento degli obblighi di legge.

Titolare del trattamento è la ASL n. 3 della Regione Umbria, alla quale ci si può rivolgere per far valere i diritti previsti dall’art.7 del “codice in materia di protezione dei dati personali”, in particolare la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, la cancellazione e/o trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati trattati in violazione della legge.

CONSENSO

Ricevuta l’informativa di cui all’art. 13 D.Lgs. 196/2003 e preso atto dei diritti disciplinati dall’art. 7 del citato Codice:

.....I... sottoscritt.....
esprime, a favore della ASL n.3 della Regione Umbria, il consenso al trattamento dei dati comuni, sensibili ed idonei a rilevare lo stato di salute nonché alla loro comunicazione e diffusione esclusivamente nei casi previsti nell’informativa.

Data
firma

AVVERTENZA PER LA FIRMA

L’impedimento alla sottoscrizione ed alla dichiarazione è regolato dal D.P.R. 445/2000 che prevede le seguenti procedure:

art.4 IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE ED ALLA DICHIARAZIONE

1. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento della identità del dichiarante.
2. Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall’interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere.
3. 2. L dichiarazione nell’interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione contenete espressa indicazione dell’esistenza di un impedimento, resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento della identità del dichiarante.

Art.5 RAPPRESENTANZA LEGALE

Se l’interessato è soggetto alla potestà dei genitori, a tutela, o a curatela, le dichiarazioni e i documenti previsti dal presente testo unico sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la patria potestà, dal tutore, o dall’interessato stesso con l’assistenza del curatore.

DICHIARANTE IMPOSSIBILITATO ALLA SOTTOSCRIZIONE E ALLA DICHIARAZIONE

Ai sensi del DPR 445/200, in qualità di Pubblico ufficiale, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza

dal Sig., consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt.75 e 76 dello stesso DPR per le ipotesi di falsità e di dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo documento..... n.....

0 in quanto soggetto impedito alla sottoscrizione (comma 1)

0 per conto di, soggetto temporaneamente impedito alla sottoscrizione e alla dichiarazione (comma 2), nella sua qualità di (grado di parentela)

Causa dell’impedimento.....

Data Firma
.....

