

I..... sottoscritt.....
nat..... a..... Provincia di.....
il..... e residente a..... Provincia di.....
in via/piazza n. c.a.p.
stato civile..... professione

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

a) di essere 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) 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

dal Dr.....altra documentazione integrativa comprese **CERTIFICAZIONI RELATIVE AD**

EVENTUALI PATOLOGIE RICONOSCIUTE DALL'INAIL.

Data ,

FIRMA (1)

.....

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

