

Richiesta di rilascio di Certificazione del riconoscimento della disabilità a persona minorennе
(L.R. 4/2008, art. 3, c. 7)

All'Azienda Unità Sanitaria Locale di _____

Commissione per l'accertamento della disabilità ai sensi della L.R. 4/2008

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____ CAP _____ Via/Piazza _____

n. _____ stato civile _____ C.F. _____

Professione _____ Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

Eventuale altro recapito dove si desidera ricevere la corrispondenza:

Presso: _____

Via _____ (cognome) n. _____ CAP _____ città _____ (nome)

CHIEDO

con la presente istanza che mio/a figlio/a _____
sia sottoposto/a all'accertamento della disabilità ai sensi della Legge Regionale 19 febbraio 2008, n. 4 e dei relativi regolamenti **per l'accesso a tutti i percorsi integrativi e agevolazioni previste dalle norme vigenti ed ai benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità e alle disabilità certificate**, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della L.R. 4 del 19 febbraio 2008.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARO che mio figlio è:

1. nato/a _____ a _____ il _____

2. cittadin _____ italian _____ dell'Unione Europea straniero con regolare permesso di soggiorno con scadenza il _____ o carta di soggiorno rilasciata il _____

3. residente in _____

Alla presente domanda allego:

- il certificato medico rilasciato sul modello predisposto in data _____
dal Dott./ssa _____
- fotocopia del mio documento di identità
- copie dei verbali di eventuali visite precedenti effettuate presso altre Commissioni
- documentazione sanitaria in fotocopia (cartelle cliniche, lettere di dimissioni ospedaliere, referti di visite specialistiche o di indagini strumentali, di esami di laboratorio, ecc.)

Il/la sottoscritto/a acconsente inoltre al trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che avverrà solo ai fini istituzionali e comunicato ai terzi incaricati esclusivamente per gli adempimenti connessi all'ottenimento dei benefici richiesti.

Data _____ Firma del/la richiedente _____

AVVERTENZE PER LA FIRMA (ai sensi D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE:

a) l'interessato/a non sa o non può firmare

La domanda dovrà essere accettata previo accertamento dell'identità del/la dichiarante dal dipendente addetto il quale attesta che la dichiarazione è stata resa in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO _____

b) l'interessato/a non è in grado di firmare per un impedimento temporaneo (motivi di salute)

L'istanza è sostituita dalla dichiarazione resa al pubblico ufficiale dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da un altro familiare in linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante:

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITÀ DI _____
(specificare il grado di parentela)

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

DATA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO _____

c) rappresentanza legale

Se l'interessato/a è soggetto/a alla potestà dei genitori, a tutela, a curatela e/o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni e i documenti previsti sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà, dal tutore o dall'interessato/a stesso/a con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno (quando affianca il beneficiario e non lo sostituisce negli atti).

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITÀ DI _____
(genitore o rappresentante legale)

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____