



Dipartimento di Presidio Unico Ospedaliero  
U.O. di Medicina Legale

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

Il/La sottoscritto/a (oppure)

In qualità di rappresentante legale di\*

(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)

**CHIEDE**

con la presente istanza di essere 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 e che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità e alle disabilità certificate per il riconoscimento/rivalutazione di:**

- invalido civile** - ai sensi della Legge 30 marzo 1971, n. 118 e successive modifiche e integrazioni e accertamento ai sensi della L. 104/92
- cieco civile** - ai sensi della L. 382/1970 e della L. 138/2001 e accertamento ai sensi della L. 104/92
- sordo** - ai sensi della L n. 381/1970 e della L. 95/2006 e accertamento ai sensi della L. 104/92
- invalido per cause di guerra, di lavoro o per servizio** - ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104
- collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità** – ai sensi della L. 68/1999 e del D.P.C.M. 13 gennaio 2000 (accertamento riservato alle persone con disabilità, in età lavorativa, che intendano accedere al collocamento mirato al lavoro) per:
  - passaggio nella quota delle persone con disabilità*
  - accesso alle liste per il collocamento mirato*

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,

**DICHIARA:**

1. di essere nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
2. di essere:  cittadino \_\_\_\_\_ italiano \_\_\_\_\_  dell'Unione Europea  straniero con regolare permesso di soggiorno con scadenza il \_\_\_\_\_ o carta di soggiorno rilasciata il \_\_\_\_\_
3. di essere residente in \_\_\_\_\_
4. che le infermità per le quali richiede il riconoscimento quale invalido/cieco/sordo civile non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

**Alla presente domanda allega:**

1. il certificato medico rilasciato sul modello predisposto in data \_\_\_\_\_  
dal Dott./ssa \_\_\_\_\_
2. fotocopia del documento di identità
3. copie dei verbali di eventuali visite precedenti effettuate presso altre Commissioni
4. 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 \_\_\_\_\_