



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\*

nato/a a \_\_\_\_\_ (cognome) il \_\_\_\_\_ (nome)

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 IL RIESAME**

della valutazione sotto specificata (ai sensi della L.R. n. 4 del 19.02.2008 e del relativo regolamento):

data domanda \_\_\_\_\_ protocollo n. \_\_\_\_\_

data visita \_\_\_\_\_ esito della valutazione \_\_\_\_\_

notificata il \_\_\_\_\_

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Amministrazione che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alle minorazioni riconosciute.

Ai fini di cui sopra consapevole delle sanzioni civili e penali 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 200 n. 445.

**DICHIARA:**

- A) è \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- B) è  cittadino \_\_\_\_\_ italiano \_\_\_\_\_  dell'Unione Europea  straniero con regolare  permesso di soggiorno scadente il \_\_\_\_\_  
 carta di soggiorno rilasciata il \_\_\_\_\_
- C) è residente \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_
- D) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dipendono/non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

**Alla presente domanda si allega:**

1. copia del riconoscimento di invalidità \_\_\_\_\_
2. atto di notifica \_\_\_\_\_
3. fotocopia del documento di identità.
4. documentazione sanitaria in copia (lettere di dimissioni, referti di visite specialistiche o di indagini strumentali, esami di laboratorio ecc.)

Il sottoscritto 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 richiedente \_\_\_\_\_

\* **AVVERTENZE PER LA FIRMA** (ai sensi DPR n. 445 28/12/2000)

**IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE:**

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

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

DOCUMENTO DI IDENTITA' N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO IL \_\_\_\_\_

DA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO \_\_\_\_\_

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

L'istanza è sostituita dalla dichiarazione 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 dell'identità del dichiarante:

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_  
(specificare il grado di parentela)

DOCUMENTO DI IDENTITA' N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO IL \_\_\_\_\_

DA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO \_\_\_\_\_

**c) rappresentanza legale**

Se l'interessato è soggetto alla potestà dei genitori, a tutela, a curatela e/o amministrato le dichiarazioni e i documenti previsti sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà, dal tutore o dall'interessato stesso con l'assistenza del curatore o dall'amministratore di sostegno.

IO SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_ IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_  
(genitore o rappresentante legale)

DOCUMENTO DI IDENTITA' N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO IL \_\_\_\_\_

DA \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

In merito all'istanza di riesame prevista all'art. 4 della legge regionale, essa va riferita alle situazioni in cui la persona interessata alleggi una valutazione non conforme alle aspettative, documentando le proprie motivazioni, anche al fine di limitare il contenzioso, favorire il ripristino del rapporto di fiducia e far condurre audit finalizzati al miglioramento delle attività di valutazione.

L'istanza di riesame può essere accettata solo in riferimento a valutazioni espresse dalle Commissioni operanti presso le Aziende U.S.L., ferma restando la necessaria trasmissione della nuova certificazione, ai sensi di legge, per un riesame della CMV Provinciale dell'INPS competente.

In ogni caso, se la CMVP avesse già espresso un parere difforme dalla Commissione dell'AUSL, emettendo un suo verbale, non può essere presentata la domanda di riesame.