

A.S.L. AV 1 Ariano Irpino (AV)

Commissione Medica per l'accertamento  
delle Invalidità Civili

.....  
(data)

**SERVIZIO MEDICINA PREVENTIVA E SOCIALE**

**Distretto n. 4**

**83054 - SANT'ANGELO DEI LOMBARDI (AV)**

Il sottoscritto/a ..... nato/a .....

(Cognome) (Nome)  
Il ..... residente in ..... via/piazza ..... n. ....

Stato civile ..... professione ..... Tel. .... C.a.p. ....

**CHIEDE**

di essere sottoposto ad accertamenti, ai sensi dell'art. 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295 per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità quale:

- INVALIDO CIVILE - ai sensi della legge 30-03-1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni:
- CIECO CIVILE - ai sensi della legge 27-05-1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni:
- SORDOMUTO - ai sensi della legge 26-05-1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni:

Al fine di ottenere ai sensi delle citate leggi:

- pensione
- assegno mensile
- aggravamento
- indennità di accompagnamento - ai sensi della legge 11-02-1990, n. 18 e successive modificazioni ed integrazioni
- indennità speciale per ciechi parziali
- Indennità di comunicazione per sordi prelinguali
- collocamento al lavoro
- protesi e/o ausili
- esenzione "ticket" sulle prestazioni sanitarie
- altro .....

*AVVERTENZE: barrare con una X la casella corrispondente alla prestazione richiesta.*

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 dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

a) è nato/a ..... il .....

b) è cittadino ..... italian .....

c) è essere residente in .....

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:

Certificato medico attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in data .....

Dal Dott. ....

Altra documentazione integrativa: .....

**AVVERTENZE:**

la dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante e da due testimoni idonei, ai sensi dell'art. 5 della legge 11-05-1977, n. 390.

“DICHARANTE IMPOSSIBILITATO A FIRMARE”: (causa dell'impedimento)

.....  
1. TESTIMONE ..... nato/a a .....  
..... residente in ..... n. ....  
C.a.p. .... documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

.....  
( firma )

2. TESTIMONE ..... nato/a a .....  
..... residente in ..... n. ....  
C.a.p. .... documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

.....  
( firma )

Specificare la qualità rivestita (legale rappresentante o tutore - art. 5 D.P.R. n. 445/2000)

**NOTA BENE:**

Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere:

PER GLI INVALIDI CIVILI, i dati necessari per consentire l'individuazione delle minorazione ed infermità che determinano la totale o parziale riduzione della riduzione lavorativa;

PER L'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO, la dicitura “*persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore*” oppure “*persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita:*”

PER LA VALUTAZIONE DELL'AGGRAVAMENTO, dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art. 11 del D.L. 23 novembre 1988, n. 509 ampia motivazione dalle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;

PER I CIECHI CIVILI, l'indicazione dell'eventuale residuo visivo in ciascun occhio, con relativa correzione;

PER I SORDOMUTI, l'indicazione che la sordità è di natura esclusivamente psichica.

*Si ricorda che ove il certificato medico con contenga le suddette indicazioni, la domanda intesa ad ottenere le provvidenze previste dalla legge è presa in esame ed ha effetto dal momento in cui tale certificato sia stato completato con le indicazioni richieste.*