

A.S.L. AV 1 Ariano Irpino (AV)
Commissione Medica per l'accertamento
delle Invalità Civili

.....
(data)

SERVIZIO MEDICINA PREVENTIVA E SOCIALE
Distretto n. 4
83054 - SANT'ANGELO DEI LOMBARDI (AV)

Il sottoscritto/a nato/a

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

C.a.p. Tel. nella sua qualità di

Autore o rappresentante legale del (interdetto o minore di anni 18)

nat a il residente in

Via/Piazza n. C.a.p.
(Codice Fiscale)

CHIEDE

che il predetto venga sottoposto ad accertamenti sanitari, ai sensi dell'art. 1 della legge 13-10-1990, n. 295, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalità 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 a termine di leggi citate:

- 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
- Indennità di frequenza - ai sensi della legge 11-10-1990, n. 289
- 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

Che il sopra menzionato minorato:

a) è nato/a il

b) é cittadino italian

c) é residente in

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalità 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

Il Dott.

Altra documentazione integrativa:

.....
(firma) (1 - 2)

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.

“DICHIARANTE 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 minorazioni 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.