

Istante maggiorenne

(data).....

A.R.

All'Ausl6 – SANLURI
Commissione Medica per le Invalidità Civili
Via Ungaretti, 9
09025 SANLURI

Il sottoscritto.....nato a.....provincia di.....
Il...../...../.....residente in.....provincia di.....
via/piazza.....n.....c.a.p.....stato civile.....
professione.....telefono.....codice fiscale.....

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24.12.1993 n. 537 e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale :

- () **invalido civile** ai sensi delle legge 30 marzo 1971 n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni. Indicare ai soli fini dell'art. 1 comma 3 della legge 15.10.90 n. 295, se minorato psichico (SI) (NO)
- () **cieco civile** ai sensi della legge 27.05.70 n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni.
- () **sordomuto** ai sensi della legge 26.05.70 n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni.
- () **persona handicappata** ai sensi della legge 05.02.92 n. 104

(avvertenze : barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede, con la presente istanza, all'Ente competente (INPS) che gli siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n. 15

DICHIARA

- a) di essere nato a.....provincia di.....il...../...../.....
- b) di essere cittadino italiano.
- c) di essere residente in.....via.....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento della invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

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

Allega alla presente domanda :

- la certificazione medica, attestante la natura delle infermità invalidanti, rilasciata in data.....dal dottor.....
- altra documentazione integrativa.

.....
(firma)

AVVERTENZE : la dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante ed a due testimoni idonei, ai sensi dell'art. 5 della legge 11 maggio 1971, n. 390.

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento) :

1° testimone..... nato a.....
il...../...../..... residente in..... via/piazza.....
n.....c.a.p..... documento.....n.....

2° testimone..... nato a.....
il...../...../..... residente in..... via/piazza.....
n.....c.a.p..... documento.....n.....

NOTA BENE : il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda **deve** esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e **deve assolutamente** contenere :

- per la valutazione dell'aggravamento della invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art. 11 del D.L.vo 23 novembre 1988 n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico persistente.
- per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione.
- per la indennità di accompagnamento, la dicitura : **persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere in autonomia gli atti quotidiani della vita.**
- per richiedere la visita domiciliare da parte della Commissione il certificato medico da allegare deve contenere la dicitura : **paziente intrasportabile.**