

	<b>All'Azienda Sanitaria Locale 9</b> <b>Commissione Medica per l'accertamento</b> <b>delle invalidità civili GROSSETO</b>
--	--

Il/La sottoscritt ..... nat ..... il .....  
 a ..... Provincia di ..... residente in .....  
 Prov. di ..... Via/Piazza ..... n ..... c.a.p. ....  
 tel ..... professione .....  
 stato civile ..... Codice Fiscale .....

**CHIEDE**

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della L. 24/12/1993, n.537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- Invalido Civile** - ai sensi della L. 30.3.1971. n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni - indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3 della L. 15.10.90, N. 295, se minorato psichico  SI  NO
- Cieco Civile** - ai sensi della L. 27.5.1970, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni
- Sordomuto** - ai sensi della L. 26.5.1970, n.381, e successive modificazioni ed integrazioni
- Persona Handicappata** - ai sensi della L. 5.2.1992, n. 104

(AVVERTENZA : 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 alla competente Prefettura che gli/le 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 dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. della L. 4.1.1968, N.15.

**DICHIARA**

- A) di essere nat .... a ..... Prov. di ..... il .....
- B) di essere cittadin .... italian .....
- C) di essere residente in .....
- D) che le infermità; per le quali richiede il riconoscimento di invalidità civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro.

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

Allega alla presente domanda:

- certificazione medica attestante la natura della infermità invalidanti rilasciata in data ..... da .....
- altra documentazione integrativa.

.....  
 FIRMA (vedi retro)

**AVVERTENZA**

La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante.

Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato facendo menzione, di seguito alla medesima, della causa dell'impedimento a sottoscrivere. (art. 4 D.P.R. 20.10.1998, N.403)

Il richiedente, Sig. ....

nato a ..... il .....

e residente a .....

Via ..... della cui identità mi sono accertato mediante .....

è impossibilitato alla firma a causa di .....

Grosseto .....

**IL PUBBLICO UFFICIALE**  
(timbro e firma)

**NOTABENE**

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

- Per la valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive, di cui all'art.11 del D.L. vc. 23.11.1998, n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente;
- 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.