

..l.. sottoscritt ..... nato a .....  
prov. .... il ..... residente a ..... prov. ....  
via/piazza ..... n..... CAP .....  
stato civile ..... professione ..... tel. ....  
codice fiscale .....

**CHIEDE**

di essere sottoposto/a ad accertamento sanitario, ai sensi dell' art. 11 della Legge 24 dicembre 1993, n. 537 e del relativo regolamento per il

**RICONOSCIMENTO**  **AGGRAVAMENTO** quale :

- INVALIDO CIVILE**, ai sensi della legge 30.03.1971, n. 118 e s.m.i.;
- CIECO CIVILE**, ai sensi della legge 27.05.1970, n. 382 e successive modificazioni e integrazioni
- SORDOMUTO**, ai sensi della legge 26.05.1970, n. 381 e successive modifiche ed integrazioni
- PERSONA HANDICAPPATA**, ai sensi della legge 05.02.1992, n. 104
- PERSONA DISABILE**, ai sensi delle leggi 12.03.1999, n. 68 e s.m.i.

(AVVERTENZA : barrare con "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 Sede INPS che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciute. 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, giusta il disposto dell' art. 26 della legge 04 gennaio 1968, n. 15,

**DICHIARA**

di essere nat .. a ..... prov. .... il .....

di essere cittadin..... italian .....

di essere residente a .....

che le infermità per le quali chiede il riconoscimento dell' 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 domanda :

- certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, rilasciata il ..... dal Dr .....
- copia documento di riconoscimento.....
- copia codice fiscale.....
- altra documentazione integrativa .....

**Andria,** .....

(Data)

.....

( Firma )

Ai sensi degli artt. 11 e 13 (modalità del trattamento e requisiti dei dati) del D. Lgs. 196/2003 "Codice della Riservatezza dei dati personali"

**DICHIARA** di essere informato che :

- il trattamento dei dati relativi all'accertamento richiesto verrà effettuato con modalità manuali ed informatizzate ed inserite nell'archivio della Commissione Invalidi Civili di Andria ;
- le notizie emerse dagli accertamenti verranno riportate in un verbale scritto;
- i verbali saranno trasmessi agli Enti indicati nella normativa vigente (Commissione di Verifica, INPS);
- tali dati potranno essere trasmessi, inoltre, all'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia, alla Motorizzazione Civile, al Ministero della Salute, uffici periferici delle Amministrazioni Statali, Comune e Provincia;
- di avere diritto ad autorizzare oppure negare l'autorizzazione della trasmissione dei suoi dati anagrafici alle Associazioni di tutela indicate dalla legge 295/90;
- il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza nei limiti indicati dalla normativa vigente; i dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

.....  
( Firma )

Il sottoscritto .....

**AUTORIZZA**

**NON AUTORIZZA**

la Commissione Invalidi Civili di Andria a trasmettere i propri dati anagrafici alla seguente Associazione di tutela indicata dalla L. 295/90 :

- A. N. M. I. C. (Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili)
- A. N. F. F. A. S. (Associazione Nazionale Famiglie di Disabili Intellettivi e Relazionale)

.....  
( Firma )

### **IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE**

( DPR 28.12.2000 n. 445, art. 4, commi 1 e 2 )

Il dichiarante di quanto riportato su questo documento, Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

è impossibilitato alla firma:

- illetterato;
- impedimento fisico

**IL DIPENDENTE ADDETTO**

Il sottoscritto, Sig. \_\_\_\_\_ in qualità di (coniuge, figlio, parente fino al 3° grado) \_\_\_\_\_, documento di riconoscimento (allegato) n. \_\_\_\_\_, dichiara che l'interessato Sig. \_\_\_\_\_ per ragioni connesse al suo stato di salute è temporaneamente impedito alla sottoscrizione della dichiarazione.

**IL DICHIARANTE**

**IL DIPENDENTE ADDETTO**