

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO
PROTOCOLLO

A.S.L. 3 "GENOVESE"
Commissione Medica per l'accertamento
delle minorazioni civili
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

Il / La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

(Prov. _____) il _____ residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ Cap _____ Stato Civile _____

Professione _____ Codice Fiscale

Tel. _____ eventuale **domicilio** _____

CHIEDE

Di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della Legge 24 dicembre 1993, n°. 537, e del relativo regolamento d'attuazione (D.P.R. 698/94) per il

Riconoscimento **Aggravamento** quale:

<input type="checkbox"/> Invalide civile	- L. 118/71 L. 18/80 L.508/88 (Assegno Invalidità, Pensione Inabilità, Indennità di Accompagnamento, Ausili e Protesi, Esenzioni ticket, ecc.)
<input type="checkbox"/> Cieco civile	- L. 382/70 L. 508/88 (Pensione, Indennità di Accompagnamento, Indennità Speciale, Ausili e Protesi, Esenzioni ticket, ecc.)
<input type="checkbox"/> Sordomuto	- L. 381/70 L. 508/88 (Pensione, Indennità di Comunicazione, Ausili e Protesi, Esenzioni ticket, ecc.)
<input type="checkbox"/> Sordo Prelinguale	
<input type="checkbox"/> Persona handicappata	- L. 5 febbraio 1992, n°. 104
<input type="checkbox"/> Persona disabile	- Legge 68/99 (Collocamento al lavoro)

(barrare con una **X** le caselle corrispondenti a quanto 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.

DICHIARA

- di essere cittadino / a italiano / a; o U.E. oppure (*barrare solo se ricorre questa situazione*);
 - di essere extracomunitario / a titolare di:
 - carta di soggiorno (*necessaria per i benefici economici*) oppure
 - di un permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno;
- che le infermità per le quali richiede il riconoscimento non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro.

D GIRARE LA PAGINA e firmare la domanda

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- certificazione medica **in originale** attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____ da _____;
- altra documentazione specialistica integrativa **in originale** rilasciata da strutture pubbliche o private (potrà anche essere presentata al momento della visita);
- fotocopia del codice fiscale e fotocopia di un documento di identità non scaduto;**
- per la valutazione dell'**AGGRAVAMENTO** della minorazione, corredare la domanda con:
 - documentazione sanitaria che comprovi le modificazioni del quadro clinico preesistente;
 - copia del **verbale (modello A/SAN)** della visita precedente.

(In caso sia stato presentato ricorso al Ministero del Tesoro contro la precedente valutazione, le domande di aggravamento saranno prese in esame dopo la definizione del ricorso ovvero trascorsi 180 giorni dalla data di presentazione del ricorso stesso).

Per il riconoscimento della sordità pre-linguale: "in caso di precedenti trattamenti sanitari per sordità pre-linguale, effettuati presso strutture della A.S.L. 3 "Genovese", è prevista la definizione dell'accertamento senza necessità di visita (indicare struttura _____ ed epoca _____).

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni si informa che, a seguito delle presentazioni di questa domanda, i dati personali ed in particolare quelli relativi alla Sua salute emersi con la presente indagine saranno archiviati, trattati da questa ASL, trasmessi agli uffici previsti dalla normativa in vigore (L.110/71 art.8 comma 4) per gli adempimenti di competenza, ed eventualmente ad altri e diversi uffici nei casi in cui siano diagnosticate menomazioni incompatibili con il godimento di eventuali abilitazioni, titoli di legge o altri benefici.

AUTORIZZAZIONI: Il sottoscritto autorizza la ASL 3 "Genovese" ad inserire i dati personali e sanitari emersi nel corso del presente accertamento in una cartella clinica individuale che sarà consultata per ogni accertamento medico-legale che richiederà in futuro ed ogni qualvolta richieda a questa ASL un particolare beneficio. Infine, autorizza il personale addetto alle attività della Commissione Invalidi Civili ad esaminare ed estrarre copia della documentazione che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e riguardante informazioni sanitarie circa il Suo stato di salute.

Il sottoscritto, 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 degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione.

IL DICHIARANTE

Data _____

(firma) _____

ATTESTAZIONE A FIRMARE LA DOMANDA DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE PER IMPEDIMENTO

Ai sensi dell'art. 4 (R) comma 1 del DPR 28/12/2000 n. 445 attesto che la dichiarazione è stata resa in mia presenza dal Sig. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo di _____, impedito a sottoscrivere

data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO

DA COMPILARE NEL CASO SI INTENDA AVVALERSI DEL PATRONATO

Il/La sottoscritto/a delego il Patronato _____ presso il quale eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del codice civile, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, nei confronti dell'INPS, per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 29 luglio 1947 n. 804 e successive modificazioni e integrazioni. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge n. 675/96, l'informativa sul trattamento sui dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima:

- 1) consento il loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato
- 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS

(data)

(firma)

(firma dell'operatore del patronato)

TIMBRO DEL PATRONATO

CODICE DEL PATRONATO

N.B. La presente domanda dovrà essere spedita al seguente indirizzo:

**A.S.L. 3 "Genovese" – Ufficio Invalidi Civili – presso Direzione Generale
Via Bertani, 4 – 16125 GENOVA**

(in alternativa la domanda potrà essere consegnata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico in Largo S. Giuseppe, 2 Genova – Piccapietra - orario 08.30/18.00 - Tel. 344.7581/2/3 -

Nel periodo Luglio/Agosto ed in concomitanza delle Festività di Natale e Pasqua l'orario potrà subire variazioni)