



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda USL di Bologna

**ISTANTE MAGGIORENNE**  
(modello "A")

**Alla COMMISSIONE SANITARIA  
INVALIDI CIVILI**  
Via Gramsci n. 12  
40121 Bologna

..l.....sottoscritto/a.....  
codice fiscale.....nato a.....il.....  
residente a.....Via/Piazza.....n.....  
CAP.....Tel.....stato civile.....professione.....

**CHIEDE**

- per se stesso **VEDI PUNTO (1)**
- per altra persona **VEDI PUNTO (2)**

di essere sottoposto (PUNTO 1)/di sottoporre (PUNTO 2) ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della L. 24 dicembre n. 537 e del relativo regolamento, per il  **riconoscimento**  **aggravamento** dell'invalidità, quale:

- INVALIDO CIVILE** - ai sensi della l. 118/71 e s.m.i.; indicare ai soli fini dell'art. 1 comma 3 della l. 295/90 se **MINORATO PSICHICO**  
SI  NO
- CIECO CIVILE** - ai sensi della l. 382/70 e s.i.m.
- SORDOMUTO** - ai sensi della l. 381/70 e s.i.m.
- PERSONA HANDICAPPATA** - ai sensi della l. 104/92

(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 agli Enti competenti che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alla minorazione riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del DPR 28/12/00 n. 445,

**DICHIARA (PUNTO 1)**

- a) che i dati anagrafici e le qualità personali indicati in premessa corrispondono al vero;
- b)  di avere la cittadinanza italiana/comunitaria  di avere la cittadinanza extracomunitaria e titolare di carta di soggiorno/permesso di soggiorno con scadenza annuale;
- c) che le infermità per le quali si richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

data..... firma.....

Allega copia di documento di identità o di riconoscimento.

Impedimento alla sottoscrizione ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 comma I del DPR 28 dicembre 2000, n. 445:

Io sottoscritto Dr.....in qualità di Presidente della Commissione .....

avendo accertato l'impossibilità dell'istante ad apporre la firma, attesto che la dichiarazione è stata resa alla mia presenza e da me annotata, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

data.....

firma.....

**DICHIARAZIONE IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA DICHIARAZIONE ai sensi dell'art. 4 comma 2 del DPR 28/12/00, N. 445 (PUNTO 2)**

.....l.....sottoscritto/a.....  
in qualità di:  
 coniuge  
 figlio/a  
 parente in linea retta/collaterale fino al terzo grado.....

**D I C H I A R A**

- a) che il sig./sig.ra.....si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla presente dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute;  
b) che il/la medesimo/a:

- è nato/a a.....il .....codice fiscale.....  
- stato civile.....professione.....;  
- è residente a.....Via/Piazza .....n.....;  
CAP.....tel.....;

- ha cittadinanza italiana;

- c) che le infermità per le quali si richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

data.....

firma.....

Allega copia di documento di identità o di riconoscimento del dichiarante e dell'interessato.

**AVVERTENZE:**

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 75 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e fermo restando quanto stabilito in materia di dichiarazioni mendaci, qualora, in sede di controllo, emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, l'avente diritto decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato.

Il dichiarante si impegna, inoltre, a dare immediata comunicazione di ogni variazione degli stati, qualità personali e fatti dichiarati agli Organi competenti.

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.Lgs. 30/06/2003, N. 196:**

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e successive modificazioni ed integrazioni, per le finalità specificatamente consentite dalle normative specificatamente previste in premessa.

I dati trattati saranno comunicati agli Organi ed alle Autorità competenti per legge.

In relazione agli stessi dati, il soggetto beneficiario è titolare dei diritti di cui all'art. 7 del richiamato D.Lgs. 30/06/2003 in base al quale l'interessato ha il diritto di conoscere i dati personali oggetto di trattamento, di ottenerne l'aggiornamento e/o la rettifica, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Titolare del trattamento: Azienda USL di Bologna

Responsabile del trattamento: dott. Andrea Minarini

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

- certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti\*  
 altra documentazione integrativa:.....;  
 documento di identità o di riconoscimento come previsto ai punti (1), (2).

**\*NOTA BENE:** Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere: per la *valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive* (art. 11 D.Lgs. 509/88) 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 a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione; per i *sordomuti* l'indicazione che la sordità non è di natura esclusivamente psichica.