

## FAC-SIMILE istanza per minore o interdetto

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE di .....  
Distretto di \_\_\_\_\_  
Commissione Medica per l'accertamento delle Invalidità Civili  
delle Condizioni Visive e del Sordomutismo

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov..... il.....  
residente in..... (c.a.p.) .....  
Via/P.zza ..... n.....  
Codice fiscale..... Tel. ....  
nella sua qualità di .....  
del ..... (minore di 18 anni o interdetto)  
nato/a a..... prov..... il.....  
residente in .....(c.a.p.).....  
Via/P.zza..... n.....  
Codice fiscale..... Tessera Sanitaria.....  
Eventuale domicilio o recapito diverso dall'indirizzo di residenza  
.....

### C H I E D E

che il predetto venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della Legge 24 dicembre 1993. N. 537, e del relativo regolamento per il

RICONOSCIMENTO  AGGRAVAMENTO

quale (barrare con una "x" la casella corrispondente all'accertamento richiesto):

INVALIDO CIVILE - ai sensi della Legge 30/03/1971, n.118 e succ. modifiche e integrazioni - indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della Legge 15/10/1990 n. 295, se

minorato psichico:  SI  NO

CIECO CIVILE - ai sensi della Legge 27/05/1970, n.382 e succ. modifiche e integrazioni;

SORDOMUTO - ai sensi della Legge 26/05/1970, n.381 e succ. modifiche e integrazioni;

PERSONA HANDICAPPATA - ai sensi della Legge 05/02/1992, n. 104;

PERSONA DISABILE - ai sensi della Legge 12/03/1999, n. 68;

Nel caso si barri la sola casella "persona handicappata" o "persona disabile" e in tutti i casi per i cittadini stranieri muniti di permesso di soggiorno compilare il modello solamente fino alla lettera d).

Con lo 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 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 può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più corrispondenti a

verità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 – Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### DICHIARA

che il/la predetto/a:

A) è nato/a a.....prov..... il.....

B) è cittadino/a:

italiano/a dal .....

dell'Unione Europea

straniero/a di cui all'art. 32 lett. a) e b) Legge 40/98

- con permesso di soggiorno scadente il .....

- con carta di soggiorno rilasciata il .....

C) è residente in.....

D) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile, non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

E) (da compilare solo per gli interdetti di età inferiore ai 65 anni se uomini e ai 60 anni se donne): che è

iscritto nelle liste "speciali" di collocamento  SI dal .....  NO

#### DA COMPILARE SOLO PER MINORI, INTERDETTI DI ETA' INFERIORE AI 65 ANNI O CIECHI

F)  di non aver percepito nell'anno scorso redditi lordi propri calcolati agli effetti dell'IRPEF

G)  di aver percepito nell'anno scorso redditi lordi propri, calcolati agli effetti dell'IRPEF di €..... derivanti da:

Pensione corrisposta da ..... categoria.....

Attività lavorativa.....

Rendita - derivante da .....

H) Per i minori dichiarati invalidi totali con bisogno di assistenza continua o con impossibilità a deambulare e per i maggiorenni sotto tutela:

NON È RICOVERATO in Istituto per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza

È RICOVERATO in Istituto per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza: *indicare nome dell'Istituto e indirizzo:*.....

dalla data del ..... con retta di ricovero a totale carico di Ente pubblico:  SI  NO.

I) Solo per "minori non deambulanti con difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età":

Non è ricoverato

È ricoverato presso..... dal..... al .....

J) (Solo per minori frequentanti le scuole pubbliche o private, a partire dall'asilo nido, e i centri sottospecificati): frequenta

la scuola.....dal..... al.....

il centro ambulatoriale o il centro diurno specializzato nel trattamento terapeutico, nella riabilitazione o nel recupero ..... dal ..... al .....

convenzionato con la Regione .....  SI  NO

il centro di formazione o addestramento professionale dal ..... al .....

Il sottoscritto si obbliga a comunicare sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 2 comma 3 della Legge 11/10/1990 n. 289, la cessazione della frequenza del minore assistito.

**DICHIARA ALTRESÌ CHE**

K) *Solo per gli interdetti*: il predetto è titolare d'indennità di accompagnamento percepita per causa di guerra, di lavoro o di servizio (art.1, comma 4 L. 508/88) SI NO.

L) Desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti presso l'Ufficio Postale (indicare lo stesso ufficio dove vengono riscosse eventuali altre pensioni INPS)  
di..... Via.....  
(eventuale c.c. postale .....)

M) Desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti tramite accredito in conto corrente bancario (*vedi modello di delega allegato che deve essere restituito con la presente domanda compilato, timbrato e firmato dal funzionario bancario; deve essere indicato lo stesso conto corrente dove vengono riscosse eventuali altre pensioni INPS*)

N) In caso di riconoscimento delle eventuali provvidenze economiche, il/la sottoscritto/a delega alla riscossione (*il delegato deve essere la stessa persona già delegata per la riscossione di eventuali altre pensioni INPS*):

il/la Sig / Sig.ra ..... nato/a a .....

Il ..... residente a.....

Via..... tel.....c.f.....

La presente delega, se non è revocata, ha durata illimitata (vedi avvertenze per la firma ultimo paragrafo del modulo)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative a:

al ricovero in istituto

alle condizioni economiche

ai cambiamenti anagrafici

ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche.

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

▶ CERTIFICATO MEDICO IN ORIGINALE attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in data ..... da .....

▶ DOCUMENTAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA (ad es. fotocopie di cartellini ospedalieri, di referti radiografici, di visite specialistiche).

▶ Fotocopia dell'eventuale verbale di invalidità civile precedente

*Modello unico di istanza per minore o interdetto*

**Nota bene:**

a) Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza o precisione.

b) Per il riconoscimento della cecità civile è richiesto un certificato di medico specialista oculista di struttura pubblica o accreditata attestante la cecità assoluta o un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione o un campo visivo residuo inferiore al 10%.

c) Nel caso di domanda di aggravamento di invalidità o delle condizioni visive, (art. 11 del D. Lgs. 23/11/1988, n. 509) il certificato deve contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente.

**ALTRA DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA DA ALLEGARE:**

- ▶ Fotocopia documento di identità in corso di validità del tutore, minore o interdetto
- ▶ fotocopia codice fiscale del tutore, del codice fiscale del minore o interdetto
- ▶ fotocopia tessera sanitaria del minore o interdetto
- ▶ per i cittadini stranieri – permesso di soggiorno (ai fini del riconoscimento dei benefici non economici) o carta di soggiorno (ai fini del riconoscimento dei benefici economici).

Ai sensi della Legge 675/96, autorizza altresì l'utilizzo dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

Data.....

FIRMA .....

**AVVERTENZE PER LA FIRMA (nuove disposizioni D.P.R. 21/12/2000 n. 445)**

1. La firma dovrà essere apposta personalmente dall'invalide, oppure se egli è interdetto, dal suo legale rappresentante allegando copia conforme o autocertificando in qualità di tutore / curatore /procuratore speciale / procuratore generale, l'atto di conferimento della tutela / curatela / procura.
2. La firma del richiedente dovrà essere autenticata se alla riscossione delle eventuali provvidenze economiche spettanti sia stata delegata altra persona, o può essere apposta dal richiedente alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica.
3. Se il richiedente non sa o non può firmare, la presente dichiarazione, dovrà essere autenticata da un pubblico ufficiale (A.S.L./Comune/ecc...), il quale previo accertamento dell'identità del dichiarante, dovrà specificare la causa dell'impedimento (art. 4 D.P.R. n. 403/98).

La dichiarazione, nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge, o in sua assenza dal figlio o, in mancanza di questi, da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

**DELEGA A PATRONATO**

Per il trattamento della presente pratica, ai sensi e per gli effetti della Legge 30/03/2001, n. 152 il/la sottoscritto/a, , delega a rappresentarlo/a e assisterlo/a gratuitamente il patronato / associazione di categoria: .....

Via..... tel. ....

presso il quale elegge domicilio ai sensi dell' art. 47 c.c. . Il mandato può essere revocato solo per iscritto.