

Al Responsabile
Settore Medicina legale
C/o Servizio Igiene Pubblica
ASL 7
09013 – CARBONIA

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente in _____ via _____

Tel. N° _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

- Di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell' art. 11 della Legge 24/12/93, n° 537, e del relativo regolamento per il RICONOSCIMENTO-AGGRAVAMENTO dell'Invalidità Civile.
- Di essere sottoposto ad accertamenti sanitari ai sensi della Legge 104/92 per il riconoscimento dello stato di portatore di handicap con connotazione di gravità, e Legge 68/99 per il diritto al lavoro dei disabili.

Ai fini di ottenere a termine delle Leggi citate:

? **Invalido Civile**

ai sensi della L.30/03/70, 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 ? ?

? **Cieco Civile**

ai sensi della legge 27/05/1970, n° 382, e successive modificazioni ed integrazioni

? **Sordomuto**

ai sensi della legge 26/05/1970, n°381, e successive modificazioni ed integrazioni

? **Persona handicappata**

ai sensi della legge 05/02/1992, n°104

? **Persona handicappata**

ai sensi della legge 12/03/1999, n°68, per il diritto al lavoro dei disabili

Avvertenze: barrare con una x la casella corrispondente alla prestazione richiesta. Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità giusto il disposto di cui all'art. 26 legge 04/01/1968, n° 15.

DICHIARA

- a) Di essere nat__ a _____ il _____;
- b) Di essere cittadin__ Italian__;
- c) Di essere residente in _____ Via _____;
- d) Che le infermità per le quali richiede 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 presente domanda:

- Il certificato medico attestante la natura delle infermità in data _____ dal Dott. _____

(firma)

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa impedimento) _____

1° testimone _____ nato a _____
il _____ residente _____ via _____
n° _____ c.a.p. _____ documento _____ n° _____
rilasciato il _____ da _____

firma

2° testimone _____ nato a _____
il _____ residente _____ via _____
n° _____ c.a.p. _____ documento _____ n° _____
rilasciato il _____ da _____

firma

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, di cui all'art. 11 del D.Lvo 23 novembre 1968, 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.