

**ISTANTE MINORE ANNI 18 O INTERDETTO**

**Data,** \_\_\_\_\_

All'Azienda USL 2 di Lucca – **Commissione Medica per l'Accertamento delle Invalidità Civili**

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Provincia di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

nella sua qualità di \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_ (interdetto o minore di anni 18)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### C H I E D E

Che il predetto venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della Legge 24.12.1993, n. 537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità quale:

- INVALIDO CIVILE ai sensi della L. 30.3.71, 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 (SI) (NO)
- CIECO CIVILE ai sensi della L. 27.5.70, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni.
- SORDOMUTO ai sensi della L. 26.5.70, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni.
- PERSONA HANDICAPPATA ai sensi della L. 5.2.92, n. 104

*(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 al competente Comune che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alle minorazioni 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, giusto il disposto dall'art. 26 della L. 4.1.1968 n. 15 e successive modificazioni.

### D I C H I A R A

Che il summenzionato minorato:

A) è nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

B) possiede la cittadinanza \_\_\_\_\_

C) è residente in \_\_\_\_\_

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:

- la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data \_\_\_\_\_
- altra documentazione integrativa \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE**

**ART. 4 D.P.R. 28.12.2000 N. 445**

Impedimento alla sottoscrizione e alla dichiarazione

***1. La dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal Pubblico Ufficiale previo accertamento dell'identità del dichiarante.***

2. 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 al coniuge o, in sua assenza, dai figli 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.

3. Le disposizioni del presente articolo non si applicano in materia di dichiarazioni fiscali.

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

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

della cui identità mi sono accertato mediante \_\_\_\_\_

è impossibilitato alla firma a causa di

\_\_\_\_\_

IL PUBBLICO UFFICIALE  
(timbro e 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 Decreto Leg.vo 23.11.988 n. 509, ampia motivazione delle cause che hanno originato la modificazione 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.