



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SICILIANA
Azienda Unità Sanitaria Locale n° 9 - Trapani
MEDICINA LEGALE - UNITA' OPERATIVA INVALIDI CIVILI
Viale della Provincia n° 2 ERICE Casa Santa (TP) – Tel. 0923472111 fax 0923472446

Istante maggiorenne

(scrivere stampatello o comunque in modo chiaro)

APERTURA AL PUBBLICO: lunedì – mercoledì – venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.00
martedì – giovedì dalle ore 15.30 alle ore 17.00

REVISIONE

AGGRAVAMENTO

ACCERTAMENTO

Spett.le

All'Azienda U.S.L. n° 9 - TRAPANI

Commissioni mediche per

l'accertamento delle invalidità civili

S E D E

__ I __ sottoscritt__ _____ nat __

a _____ prov. di _____ il _____

residente a _____ prov. di _____

via/piazza _____ n° _____ c.a.p. _____

stato civile _____ professione _____ tel. _____

cod. fiscale _____ tessera sanitaria _____

Domicilio ovvero indirizzo presso cui si desiderano ricevere comunicazioni o notifiche:

C H I E D E

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della L. 24.12.93 n.537 e del relativo regolamento per il **riconoscimento/aggravamento** dell'invalidità quale:(1)

- invalido civile** ai sensi delle **LL.30.3.71 n.118** e **15.10.90 n.295** e ss.mm.ii.
(indicare ai soli fini dell'art. 1 comma 3 della L.15.10.90 n. 295 se
semiorato psichico) SI NO
- cieco civile** ai sensi della **L. 27.5.70 n.382** e ss. mm. ii.
- sordomuto** ai sensi della **L. 27.5.70 n.381** e ss. mm. ii.
- portatore di handicap** ai sensi della **L. 5.2.92 n.104** e ss. mm. ii.
- disabile ai fini dell'inserimento lavorativo** ai sensi della **L. 23.3.99 n. 68 art. 1 c. 4 e D.P.C.M. 13.1.2000**

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato d'invalidità civile e/o dalla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Amministrazione che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità e/o alle minorazioni riconosciute.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti, consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:

(1) AVVERTENZA:barrare con una X le caselle corrispondenti ai riconoscimenti richiesti

D I C H I A R A

a) di essere nat _ a _____ prov. di _____ il _____

b) di essere cittadin_ italian_ cittadin_ U.E. cittadin_ extra U.E.

c) di essere residente a _____ prov. di _____

via/piazza _____ n. _____

d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli Organi competenti.

Allega alla presente domanda:

- la certificazione medica (Mod.1), che fa parte integrante della presente istanza, attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata dal Dr. _____ in data _____

- fotocopia di un valido documento di riconoscimento e della Tessera Sanitaria (o cod. fiscale)

- in caso di richiesta di revisione o aggravamento fotocopia del precedente verbale di accertamento

- Altra documentazione integrativa

Data

F I R M A (2)

Richiedente impossibilitato a firmare a causa di _____

F I R M A

(firma del dichiarante con indicazione del rapporto di parentela o ruolo rivestito)

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELLA LEGGE 15/68

I sottoscritt _____ nato il _____

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità

- di **essere/non essere** stato sottoposto a visita collegiale ai sensi e per gli effetti della legge in materia di invalidità civile;

- di non avere pendente alcun ricorso gerarchico o giurisdizionale ai sensi della vigente normativa;

- di autorizzare, ai sensi del D.Lgs 196/03 e ss.mm.ii., l'utilizzo dei propri dati personali per gli adempimenti di competenza della Commissione.

Data

F I R M A (2)

(2) **AVVERTENZA**:- La presente richiesta deve essere firmata davanti all'addetto alla ricezione, o in alternativa, consegnata da altra persona già firmata, ovvero spedita, allegando la fotocopia di un valido documento di riconoscimento del firmatario

- La richiesta di chi non sa, non può firmare a causa di un temporaneo impedimento per ragioni di salute o di chi è impossibilitato a firmare, può essere sottoscritta da un parente prossimo (coniuge, figlio, parente fino al terzo grado), dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno allegando la copia del proprio valido documento di riconoscimento.

CERTIFICATO MEDICO

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI

 REVISIONE **AGGRAVAMENTO** **ACCERTAMENTO** **Invalido Civile** (L.118/71, L.295/90) **Cieco Civile** (L.382/70) **"Sordo prelinguale"** (L.381/70, L.95/06) **Portatore di handicap** (L.104/92) **Persona disabile** (L.68/99) solo per soggetti in età lavorativa

SI CERTIFICA che il/la Sig. _____

Nato/a a _____ Prov. ____ il _____

Residente a _____ Prov. ____ via _____

Domiciliato a _____ Prov. ____ via _____

È affetto dalle seguenti patologie (elencare da quella prevalente)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

L'assistito/a è altresì affetto/a da: incontinenza urinaria e/o fecale causata da: _____ ipoacusia (allegare esame audiometrico)**In caso di richiesta di aggravamento indicare le motivazioni che lo hanno determinato** _____

Le suddette patologie determinano:- Riduzione della capacità lavorativa..... parziale totale- Impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore..... SI NO-Necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita..... SI NO-Minore con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età..... -Ultra65enne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età.....

Si richiede accelerazione della procedura ai sensi della L.n.80/2006 per paziente affetto da:

patologia neoplastica maligna

di prima diagnosi

recidiva e/o mtx

Certifico inoltre che:

Il paziente è in atto trasportabile

Il paziente non è in atto trasportabile in quanto lo spostamento è pregiudizievole per il paziente stesso e pertanto si richiede visita domiciliare

Precisare il motivo
dell'intrasportabilità _____

il paziente è in imminente pericolo di vita

Data _____

Firma e timbro del medico

AVVERTENZA: Per la richiesta di riconoscimento della condizione di cieco civile il certificato medico deve essere redatto dall'oculista e, oltre alla diagnosi, deve contenere l'indicazione dell'eventuale residuo visivo di ciascun occhio, con relativa correzione.