

**ISTANTE MINORE ANNI 18 O INTERDETTO**

(data) .....

All'Azienda Sanitaria Locale SALERNO 2  
 Distretto n. 96  
 Commissione medica per l'accertamento  
 delle invalidità civili  
 Via vernieri, 16 ex OO. RR.

**SALERNO**

..... I ..... sottoscritto .....  
cognome nome cognome da sposata

nat ..... a ..... il .....

residente in ..... c.a.p. ....

via/piazza ..... n. .... Tel. ....

nella sua qualità di .....

(tutor o rappresentante legale) del .....

(interdetto o minore di anni 18) nat ..... a .....

il ..... residente in ..... via/piazza ..... n. ....

c.a.p. .... codice fiscale .....

**CHIEDE**

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 dell'invalidità, quale:

- invalido civile — ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni - indicare ai soli fini dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico  SI  NO
- cieco civile — ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni
- sordomuto — ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni
- persona handicappata — ai sensi della legge 5 febbraio 1992, 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 alla competente prefettura 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 andare incontro in caso di dichiarazione mendace di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15

**DICHIARA**

- a) di essere nat ..... a ..... provincia di ..... il .....
- b) di essere cittadino ..... italiano .....
- c) di essere residente in .....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa 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 .....  
 da .....
- altra documentazione integrativa:

**Lo sportello degli invalidi  
 civili è aperto al pubblico:  
 Lunedì - Martedì - Venerdì  
 dalle ore 8,30 alle ore 11,30**

FIRMA (1- 2)

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento): .....

1° Testimone .....

nat ..... a ..... il .....  
residente in ..... via/piazza ..... n. ....  
c.a.p. .... documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

.....  
F I R M A

2° Testimone .....

nat ..... a ..... il .....  
residente in ..... via/piazza ..... n. ....  
c.a.p. .... documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

.....  
F I R M A

Data .....

Specificare la qualità rivestita (legale rappresentante o tutore - art. 8 della legge 4 gennaio 1968, n. 15).

**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 visite, di cui all'art. 11 del D.L.vo 23 novembre 1988, 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.

— Per il riconoscimento del sordomutismo è richiesto il certificato di un medico specialista Otorino con esame Audiometrico.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:** .....

— Certificato Medico .....

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento): .....

1° Testimone .....

nat ..... a ..... il .....

residente in ..... via/piazza ..... n. ....

c.a.p. .... documento ..... n. ....

rilasciato il ..... da .....

.....  
F I R M A

2° Testimone .....

nat ..... a ..... il .....

residente in ..... via/piazza ..... n. ....

c.a.p. .... documento ..... n. ....

rilasciato il ..... da .....

.....  
F I R M A

Data .....

Specificare la qualità rivestita (legale rappresentante o tutore - art. 8 della legge 4 gennaio 1968, n. 15).

**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 visite, di cui all'art. 11 del D.L.vo 23 novembre 1988, 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.

— Per il riconoscimento del sordomutismo è richiesto il certificato di un medico specialista Otorino con esame Audiometrico.

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:** .....

— Certificato Medico .....