

Modello A  
**ISTANTE MAGGIORENNE**

All'Azienda Sanitaria Locale Salerno 2 -Distretto B  
Commissione medica per l'accertamento delle invalidità civili.  
Località Acquarita San Vito  
84025 Eboli (SA)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ Via/piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

## **C H I E D E**

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art.11 della legge 24 dicembre 1993 n. 537 e del relativo regolamento, per  **il riconoscimento**  **l'aggravamento** dell'invalidità, quale:  
 **invalido civile** ai sensi della legge 30 marzo 1971 n. 118 e successive modificazioni 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 maggio 1970 n. 38 e successive modificazioni/integrazioni  
 **sordomuto** ai sensi della legge 26 maggio 1970 . 381 e successive modificazioni e integrazioni  
 **persona con handicap** 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 della minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione)

## **D I C H I A R A**

Ai sensi del DPR 445/2000:

- a) di essere nat \_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
b) di essere cittadin \_ italian\_ o U.E., **oppure (barrare solo se ricorre questa situazione)**  
 di essere extracomunitario - titolare di:  
 carta di soggiorno (*necessaria per i benefici economici*) oppure  
 di un permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno;  
c) di essere residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
d) che le infermità per le quali richiedere il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro.

**Il sottoscritto, 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 degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione.**

Data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
**FIRMA (1)**

## ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- la certificazione medica (medico curante) **in originale** attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_
  - altra documentazione specialistica integrativa **in originale** rilasciata da strutture pubbliche o private (potrà anche essere presentata al momento della visita);
  - fotocopia del codice fiscale e della patente di guida (eventualmente posseduta);
- per la valutazione dell'**AGGRAVAMENTO** dell'invalidità, corredare la domanda con:
- copia del **verbale** (modello A/SAN) della visita precedente;
  - certificato medico che deve contenere 'ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente' ai sensi dell'art.11 D.L.vo 509/88;
  - documentazione sanitaria integrativa che evidenzi le modificazioni dello stato di salute già in precedenza accertato.

**AVVERTENZE:** (1) La dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da un testimone idoneo ai sensi dell'art. 4 (R) del DPR n. 445 del 2000.

## TESTIMONE

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

**N.B.: ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TESTIMONE E DELL'ISTANTE**

## NOTA BENE:

- 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 a 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.