

Modello B

**ISTANTE MINORE ANNI 18 O INTERDETTO**

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 \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ nella qualità di \_\_\_\_\_ (tutore  
o rappresentante legale) del \_\_\_\_\_ (interdetto o minore di 18 anni)  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ ( ) via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

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 / l'aggravamento** dell'invalidità, quale:

- invalido civile** ai sensi della legge 30 marzo 1971 n. 118 e successive modificazioni e integrazioni se minorato psichico **SI NO**
- cieco civile** ai sensi della legge 27/05/1970 n. 382 e successive modificazioni e integrazioni.
- sordomuto** ai sensi della legge 26/05/1970 n° 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, che il summenzionato minore/interdetto:

- a) è nat \_ a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_
- b) è 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) è residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- d) che le infermità per le quali richiede 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

\_\_\_\_\_

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

**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.