

Alla A.U.S.L. n. 5
 Commissione Medica per l'accertamento
 delle invalidità civili
 Via A. Valore Is. 301/Bis, n. 21
 98122 MESSINA

__ l __ sottoscritt __ nat __ a __
 Provincia di _____ il _____ C.F. ____/____/____/____
 Residente in _____ Via _____ n. _____
 C.A.P. _____ Tel. _____ Stato civile _____ Professione _____

CHIEDE

di essere sottopost __ 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 30/3/1971, n. 118 e successive modifiche -
 e integrazioni – indicare, ai soli fini dell'art. 1 comma 3 della Legge

15/10/90 n. 295, se minorato psichico

SI

NO

CIECO CIVILE – Ai sensi della L. 27/5/70, n. 382 e successive modifiche e integrazioni

SORDOMUTO – Ai sensi della L. 26/5/70, n. 381 e successive modifiche e 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 di invalidità o alla menomazione riconosciuta.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle responsabilità civili e penali a cui si può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atti falsi o contenenti dati non corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 26 Legge 4/1/68, n. 15,

DICHIARA

- a) di essere nat __ a _____ provincia di _____ il _____ ;
 b) di essere cittadin __ Italian __;
 c) di essere residente in _____ Via _____ n. _____ ;
 d) che le infermità per le quali si chiede 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:

- Certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____
 da _____

li __ / __ / __

 (firma)

AVVERTENZE: La dichiarazione di chi non può o non sa firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi della L. 11/5/1971, n. 390.