



**Richiesta di rilascio di Certificazione del riconoscimento della disabilità a persona minorenni
(L.R. 4/2008, art. 3, c. 7)**

All'Azienda Unità Sanitaria Locale di _____

Commissione per l'accertamento della disabilità ai sensi della L.R. 4/2008

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente in _____ CAP _____ Via/Piazza _____

n. _____ stato civile _____ C.F. _____

Professione _____ Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

Eventuale altro recapito dove si desidera ricevere la corrispondenza:

Presso: _____

Via _____ (cognome) n. _____ CAP _____ città _____ (nome)

CHIEDO

con la presente istanza che mio/a figlio/a _____
sia sottoposto/a all'accertamento della disabilità ai sensi della Legge Regionale 19 febbraio 2008, n. 4 e dei
relativi regolamenti per l'accesso a tutti i percorsi integrativi e agevolazioni previste dalle norme vigenti
ed ai benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità e alle disabilità
certificate, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della L.R. 4 del 19 febbraio 2008.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali a cui può andare incontro in caso di
dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi del
DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARO che mio figlio è:

1. nato/a _____ a _____ il _____

2. cittadino _____ italiano _____ dell'Unione Europea straniero con regolare permesso di
soggiorno con scadenza il _____ o carta di soggiorno rilasciata
il _____

3. residente in _____

Alla presente domanda allego:

1. il certificato medico rilasciato sul modello predisposto in data _____
dal Dott./ssa _____
2. fotocopia del mio documento di identità
3. copie dei verbali di eventuali visite precedenti effettuate presso altre Commissioni
4. documentazione sanitaria in fotocopia (cartelle cliniche, lettere di dimissioni ospedaliere, referti di visite specialistiche o di indagini strumentali, di esami di laboratorio, ecc.)

Il/la sottoscritto/a acconsente inoltre al trattamento dei dati personali e sensibili di cui al D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 che avverrà solo ai fini istituzionali e comunicato ai terzi incaricati esclusivamente per gli adempimenti connessi all'ottenimento dei benefici richiesti.

Data _____ Firma del/la richiedente _____

AVVERTENZE PER LA FIRMA (ai sensi D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)

IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHLARAZIONE:

a) l'interessato/a non sa o non può firmare

La domanda dovrà essere accettata previo accertamento dell'identità del/la dichiarante dal dipendente addetto il quale attesta che la dichiarazione è stata resa in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO _____

b) l'interessato/a non è in grado di firmare per un impedimento temporaneo (motivi di salute)

L'istanza è sostituita dalla dichiarazione resa al pubblico ufficiale dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi, da un altro familiare in linea retta o collaterale fino al terzo grado, previo accertamento dell'identità del dichiarante:

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITÀ DI _____

(specificare il grado di parentela)

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____

FIRMA DEL DICHLARANTE _____

DATA _____ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO _____

c) rappresentanza legale

Se l'interessato/a è soggetto/a alla potestà dei genitori, a tutela, a curatela e/o ad amministrazione di sostegno, le dichiarazioni e i documenti previsti sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà, dal tutore o dall'interessato/a stesso/a con l'assistenza del curatore o dell'amministratore di sostegno (quando affianca il beneficiario e non lo sostituisce negli atti).

IO SOTTOSCRITTO/A _____ IN QUALITÀ DI _____

(genitore o rappresentante legale)

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____

DA _____

FIRMA DEL DICHLARANTE _____

CERTIFICATO MEDICO

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO RIVALUTAZIONE
DELLA DISABILITÀ AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 FEBBRAIO 2008, N. 4

SI CERTIFICA CHE

l. _____ m. _____
nat. _____ a _____ il _____
residente a _____ domiciliato a _____ CAP _____
in Via/P.za _____ n. _____
Telefono: _____ Cell. _____ codice fiscale _____

è affetto/a dalle seguenti patologie (in ordine decrescente di rilevanza assistenziale):

NB: in caso di rivalutazione segnalare le motivazioni socio-sanitarie sopraggiunte rispetto all'ultimo accertamento effettuato presso la Commissione per l'accertamento della disabilità

1. _____

(*le patologie certificate sono documentate dai seguenti esami clinici, strumentali, di laboratorio, dimissioni ospedaliere _____

segnalare se paziente oncologico/a con diagnosi recente e in trattamento

note del curante _____

L'assistito/a in riferimento alla concessione di protesi, ausili e agevolazioni del caso è altresì affetto/a da:

Incontinenza urinaria e/o fecale, causata da _____

Ipoacusia (allegare esame audiometrico con impedenzometria di struttura pubblica)

Ipovisione (allegare referto visita oculistica ed eventuale campimetria)

Sulla base del quadro clinico predominante si ritiene utile la presenza di : FISIATRA

PSICHIATRA ONCOLOGO EUROLOGO INTENISTA NPIA

ALTRO _____

SI RICHIEDE VISITA DOMICILIARE: Motivazione dell'intrasportabilità: _____

Compilazione a cura del medico legale della AUSL:

Richiesta ACCOLTA

Richiesta NON ACCOLTA: motivazione _____

Firma _____

Data _____
i rilascia su richiesta dell'interessato.

FIRMA DEL MEDICO

(timbro del medico curante e N. di telefono)