



All'Azienda Unità Sanitaria Locale di PARMA
Commissione per l'accertamento della disabilità ai sensi della L.R. 4/2008

Il/La sottoscritto/a (oppure)

In qualità di rappresentante legale di*

nato/a a _____ (cognome) _____ (nome) 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)

CHIEDE IL RIESAME

della valutazione sotto specificata (ai sensi della L.R. n. 4 del 19.02.2008 e del relativo regolamento):

data domanda _____ protocollo n. _____
esito _____ della _____
data visita _____ valutazione _____
notificata il _____

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente Amministrazione che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alle minorazioni riconosciute.

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,

DICHIARA:

1. di essere nato/a _____ a _____ il _____
2. di essere: cittadino _____ italiano _____ dell'Unione Europea _____ straniero con regolare permesso di soggiorno con scadenza il _____ o carta di soggiorno rilasciata il _____
3. di essere residente in _____
4. che le infermità per le quali richiede il riconoscimento quale invalido/cieco/sordo civile non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

Alla presente domanda allega:

1. copia del riconoscimento di disabilità di cui si chiede il riesame
2. atto di notifica
3. fotocopia del documento di identità
4. ulteriore 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 DICHIARAZIONE:

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 _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____
(specificare il grado di parentela)

DA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

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 _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ N. _____ RILASCIATO IL _____
(genitore o rappresentante legale)

DA _____

FIRMA DEL DICHIARANTE _____