



Per i richiedenti MAGGIORENNI

Regione Lazio

All' A.S.L. RM G

Distretto Sanitario diCommissione Medica per l'Accertamento
delle Invalidità Civili

Il/la sottoscritto/a _____

Nat_ a _____ prov _____ il _____

Residente a _____ prov _____

Via/Piazza _____ n. _____ cap _____

Telefono _____ stato civile _____ professione _____

codice fiscale **CHIEDE**

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/aggravamento dell'invalidità quale : *(avvertenze: barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)*

invalido civile – ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118 e successive modificazioni ed integrazioni – indicare (ai soli fini dell'art.1 ,comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n.295) se minorato psichico : si no

cieco civile – ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382 e successive modificazioni ed integrazioni

sordomuto – ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381 e successive modificazioni ed integrazioni

persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104,

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato d'invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Ai fini di questa richiesta, 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 dell'art. 26 della Legge 4.01.1968, n. 15,

(segue)

DICHIARA

- a) Di essere nato/a _____ prov ____ il _____
b) di essere cittadino/a italiano/a
c) di essere residente a _____
d) che le infermità per le quali richiede 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 :

- la certificazione medica attestante la natura delle minorazione invalidanti rilasciato in data _____ dal Dott. _____
- altra documentazione _____.

Con questa domanda chiede alla sede INPS competente che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta.

Per questo fine :

- allega il modello ConvInps 2 (Autocertificazione)
- si riserva di presentare il modello ConvInps 2 (Autocertificazione) al momento della visita medica
- _____

FIRMA _____ (*allegare fotocopia di un documento d'identità*)

Attestazione a firmare da chi non sa o non può firmare per impedimento

Ai sensi dell'art.4, comma 1, del DPR 28/12/2000, n. 445, attesto che la presente dichiarazione è stata resa in mia presenza dal/dalla sig./ra _____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo _____ impedito a sottoscrivere

data _____ IL FUNZIONARIO ADDETTO _____