

Alla Commissione di accertamento e  
valutazione degli stati di disabilita'  
dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di R1MINI  
Via Coriano 38 -47924RIMINI (RN)

...I... sottoscritt...

Cognome

### CHIEDE

Dì essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi del c. 3/b dell'art. 1 del D.M. 4 giugno 2010, per il riconoscimento di GRAVI LIMITAZIONI ALLA CAPACITA' DI APPRENDIMENTO LINGUISTICO per

- Età
- patologia o handicap

Allo scopo di ottenere la concessione/rinnovo del permesso di soggiorno Ce per soggiornanti di lungo periodo.

Ai fini di cui sopra, 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. 76 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. .

### DICHIARA

- a) di essere nato/a a (indicare solo lo stato estero) ..... il.....
- b) di essere residente in via/piazza .....
- c) CAP ..... Località ..... ; ..... Prov. di PR
- d) Cod. Fiscale .....

Allega alla presente domanda:

**CU** fotocopia di documento di identità (**obbligatorio**)

- certificazione medica attestante la natura delle infermità (**Nota bene: i certificati medici da allegare alla domanda devono esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione**)

**Indica i seguenti recapiti per l'inoltro di comunicazioni relative alla presente domanda:**

Cognome/nome .....

via/piazza .....

CAP ..... Località ..... Prov.( ..... )

Telefono.....

Data.....

FIRMA

**AVVERTENZE: la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal pubblico ufficiale (funzionario dell'ASL ) previo accertamento dell'identità del dichiarante.**

Il pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è sta a lui resa dall'interessato facendo menzione, di seguito alla medesima, della causa dell'impedimento a sottoscrivere (art 4 del DPR 28.12.2000- n. 445).

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento):

Data

FIRMA DEL PUBBLICO UFFICIALE