

Il/La sottoscritto/a ( oppure ) In qualità  
di rappresentante legale di\*

nato/a a \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (Dome)  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_  
: via \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_

^Eventuale altro recapito dove si desidera ricevere la corrispondenza:

\_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome)  
) n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_  
data visita \_\_\_\_\_ esito della 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 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 200 n. 445.

**DICHIARA:**

A) nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

B) è ss cittadin \_\_\_ italian \_\_\_ m dell'Unione Europea m straniero con regolare  permesso di soggiorno scadente il \_\_\_\_\_  
- carta di soggiorno rilasciata il \_\_\_\_\_

C) è residente in \_\_\_\_\_

D) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dipendono/non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.

**Alla presente domanda si allega:**

1. copia del riconoscimento di invalidità \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_
2. atto di notifica \_\_\_\_\_
3. fotocopia del documento di identità.
4. documentazione sanitaria in copia (lettere di dimissioni, referti di visite specialistiche o di indagini strumentali, esami di laboratorio ecc.)

Data

Il sottoscritto 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.

Firma del richiedente

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

**IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE: a) Pinteressato/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 DICHIARANTE \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DIPENDENTE ADDETTO \_\_\_\_\_

"k

**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 deH\*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 DICHIARANTE