

Domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o dell'handicap e/o del collocamento mirato e/o cecità e/o sordità

Dati del/la legale rappresentante:

Il/la sottoscritto/a
(cognome) (nome)
sesso m f nato/a il a Prov.
residente a via n.
codice fiscale tel./cell.

in qualità di

genitore tutore/tutrice amm. di sostegno altro.....

chiede che il signor/la signora/il minore

dati del/della paziente (beneficiario/a):

.....
(cognome) (nome)
sesso m f nato/a il a prov.
codice fiscale tel./cell.

venga sottoposto/a ad accertamento sanitario (con il relativo riconoscimento del beneficio economico) del proprio stato di

- invalido/a civile** ai sensi della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46*
- cieco/a civile** ai sensi della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46*
- sordo/a civile** ai sensi della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46*
Avvertenza: barrare la casella solo in caso di sordità presente alla nascita o insorta prima del compimento del 12° anno, altrimenti barrare la casella invalido civile.
- handicap (anche agevolazioni sul lavoro)** ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104*;

e chiede contestualmente l'accertamento dei requisiti sanitari ai fini del/delle

- rilascio del contrassegno di parcheggio per disabili**
ai sensi del decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35
NB: La condizione di intrasportabilità certificata non dà diritto al rilascio del beneficio.
- agevolazioni fiscali relative ai veicoli previste per le persone disabili**
ai sensi del decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35

- collocamento mirato**
ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68*

e dichiara

ai sensi dell'art. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000 barrando le caselle che interessano e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti come previsto rispettivamente dagli articoli 75 e 76 del succitato decreto:

che le minorazioni per le quali chiede l'accertamento dell'invalidità civile **non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro;**

che il/la paziente (beneficiario/a) è

- cittadino italiano/cittadina italiana;
- cittadino/a UE;
- cittadino straniero/cittadina straniera;
- residente anagraficamente in Provincia di Bolzano al il seguente indirizzo:

Comune.....	cap
via	n.
Provincia	e-mail/PEC

Compilare solo se diverso dalla residenza:

- temporaneamente domiciliato/a
Comune cap via n.
Provincia e-mail/PEC.....

Nel caso venga presentata la domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o cecità e/o sordità è possibile contrassegnare il seguente punto:

- richiedo il rilascio della tessera per persone con invalidità civile (sopra il 45%).

- Delega il patronatosede di presso il quale elegge domicilio (ai sensi dell'art. 47 del codice civile) a rappresentarlo/a ed assisterlo/a nei confronti del Comprensorio Sanitario di Merano per la presente domanda.

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato alla "Domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o dell'handicap e/o del collocamento mirato e/o cecità e/o sordità".

....., il
(luogo e data) (firma)

Documentazione da allegare all'atto della presentazione della domanda:

1. Certificato medico in originale rilasciato da non più di sei mesi e ogni altra documentazione utile all'assistito/all'assistita
2. Copia di un documento d'identificazione in corso di validità del/della richiedente
3. In caso di richiesta per "persona con handicap" ai sensi della legge n. 104/1992: questionario "Dichiarazioni personali ai fini dell'accertamento della situazione di handicap" debitamente compilato e firmato.

* e successive modificazioni ed integrazioni

..... Laurinstr. 24 - 39012 Meran Tel. 0473 264713 -Fax 0473 264715 http://www.sabes.it inval.me@sabes.it invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211 Via Laurin 24 - 39012 Merano Tel. 0473 264713 -Fax 0473 264715 http://www.sabes.it inval.me@sabes.it invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano Codice fiscale/P. IVA 00773750211
---	--