

MODELLO B Istanza **MINORENNE o Interdetto o con Amm.ne di Sostegno o Temporaneamente Impedito**

(Scrivere a macchina o in stampatello)

Legge 9 marzo 2006, n. 80 (accertamento persone con patologie oncologiche)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO
PROTOCOLLO

A.S.L. 3 "GENOVESE"
Commissione Medica per
l'accertamento delle minorazioni civili
Via Bertani, 4
16125 GENOVA

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(Prov. _____) il _____ residente a _____ (Prov. _____)

Via _____ Cap _____ Tel. _____

Codice Fiscale nella sua qualità di:

Rappresentante legale Genitore Tutore Procuratore Affidatario Amm.ne di Sostegno

o, nel caso di **impedimento temporaneo** (art. 4 @ DPR 445/2000) in qualità di _____

del **Sig/ra** _____

Codice Fiscale

CHIEDE

Che il predetto venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della Legge 24 dicembre 1993, n°. 537, e del relativo regolamento d'attuazione (D.P.R. 698/94) per il

Riconoscimento **Aggravamento** quale:

<input type="checkbox"/> Invalido Civile	- L. 118/71 L. 18/80 L.508/88 L. 289/90 (Assegno Invalidità, Pensione Inabilità, Indennità di Accompagnamento, Indennità di Frequenza, ausili e protesi, Esenzioni ticket, ecc.)
<input type="checkbox"/> Persona Handicappata	- L. 5 febbraio 1992, n°. 104
<input type="checkbox"/> Disabile	- Legge 68/99 (Collocamento al Lavoro)

(barrare con una **X** le caselle corrispondenti a quanto richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede, in relazione alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Dichiara che il / la summenzionato / a

▪ è nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

▪ è residente in _____ (Prov. _____) Via _____ Cap _____

▪ è cittadino italiano o U.E. **OPPURE** (barrare solo se ricorre questa situazione)

cittadino extracomunitario titolare di: carta di soggiorno (necessaria per i benefici economici)

oppure di un permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno;

che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da cause di guerra, di servizio o di lavoro.

GIRARE LA PAGINA e firmare la domanda

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- certificato medico in originale** attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____ da _____;
- altra documentazione specialistica integrativa** rilasciata da struttura oncologica o da Specialista Oncologo (**Si prega di comunicare il calendario eventualmente programmato, per cicli di terapia o accertamenti clinici, in modo da consentire la convocazione a visita in data utile**);
- fotocopia documenti di identità validi**;
- fotocopia atto di tutela (per gli interdetti), fotocopia atto di curatela (per gli inabilitati)**;
- per la valutazione dell'**AGGRAVAMENTO** dell'invalidità, corredare la domanda con:
 - documentazione sanitaria che comprovi le modificazioni del quadro clinico preesistente;
 - copia del **verbale (modello A/SAN)** della visita precedente.

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni si informa che, a seguito delle presentazioni di questa domanda, i dati personali ed in particolare quelli relativi alla Sua salute emersi con la presente indagine saranno archiviati, trattati da questa ASL, trasmessi agli uffici previsti dalla normativa in vigore (L.110/71 art.8 comma 4) per gli adempimenti di competenza, ed eventualmente ad altri e diversi uffici nei casi in cui siano diagnosticate menomazioni incompatibili con il godimento di eventuali abilitazioni, titoli di legge o altri benefici.

AUTORIZZAZIONI: Il sottoscritto autorizza la ASL 3 "Genovese" ad inserire i dati personali e sanitari emersi nel corso del presente accertamento in una cartella clinica individuale che sarà consultata per ogni accertamento medico-legale che richiederà in futuro ed ogni qualvolta richieda a questa ASL un particolare beneficio. Infine, autorizza il personale addetto alle attività della Commissione Invalidi Civili ad esaminare ed estrarre copia della documentazione che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e riguardante informazioni sanitarie circa il Suo stato di salute.

Il sottoscritto, 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 giurista il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione.

IL DICHIARANTE

Data _____

(firma) _____

ATTESTAZIONE A FIRMARE LA DOMANDA DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE PER IMPEDIMENTO

Ai sensi dell'art. 4 (R) comma 2 del DPR 28/12/2000 n. 445 attesto che la dichiarazione è stata resa in mia presenza dal Sig. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 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 di _____ per conto dell'istante impedito a sottoscrivere

data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO _____

DA COMPILARE NEL CASO SI INTENDA AVVALERSI DEL PATRONATO

Il/La sottoscritto/a in qualità di rappresentante legale dell'istante delego il Patronato _____ presso il quale eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del codice civile, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, nei confronti dell'INPS, per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 29 luglio 1947 n. 804 e successive modificazioni e integrazioni. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge n. 675/96, l'informativa sul trattamento sui dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima:

- 1) consento il loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statutari del patronato
- 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS

_____ (data)

_____ (firma)

_____ (firma dell'operatore del patronato)

TIMBRO DEL PATRONATO

CODICE DEL PATRONATO

N.B. La presente domanda dovrà essere spedita al seguente indirizzo:

A.S.L. 3 "Genovese" – Ufficio Invalidi Civili – presso Direzione Generale
via Bertani, 4 – 16125 GENOVA

In alternativa la domanda potrà essere consegnata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nelle seguenti sedi:

Piccapietra Largo San Giuseppe 2° 010 3447581/2/3– da lunedì a giovedì ore 8.30 - 18.30, venerdì 8.30 – 15.00 **Fiumara** Via Operai 80 010 644 72 50 – da lunedì a venerdì ore 8.00 - 15.00 **Voltri** Via Camozzini 95r (010. 6449674/676/677) da lunedì a venerdì ore 8.00 - 14.30
Bolzaneto Via Bonghi 6 010.6449505 da lunedì a venerdì ore 8.30 - 14.30 **Sestri Ponente Via Soliman 7 (Palazzo della Salute ex Manifattura Tabacchi) 010.6447967/973 da lunedì a venerdì ore 8.00 - 15.00**

nel periodo Luglio/Agosto ed in concomitanza delle Festività di Natale e Pasqua gli orari possono subire variazioni