

**UO Medicina Legale e Risk Management SC**

Commissione per l’accertamento della disabilità ai sensi della legge L.R. 4/2008

Il/La sottoscritto/a \_

(oppure)In qualità di rappresentante legale

 (cognome) (nome)

Nato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 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 2000 n. 445

**CHIEDE IL RIESAME**

della valutazione sotto specificata (ai sensi della L.R. n.4 del 19.02.2008 e del relativo regolamento)

 invalidità/cecità/sordità L. 104 L .68

data domanda protocollo n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data visita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_esito della valutazione

notificata il giorno

# Alla presente domanda si allega:

1. copia documento di riconoscimento n° rilasciato il da
2. copia del verbale disabilità
3. atto di notifica del verbale oggetto di riesame
4. copia della documentazione sanitaria (lettere di dimissioni, referti di visite specialistiche o di indagini strumentali, esami di laboratorio etc….. ) ANTECEDENTE la data della visita oggetto della domanda di riesame.

Il sottoscritto acconsente 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.

Data Firma del richiedente \*

\***AVVERTENZE PER LA FIRMA** (ai sensi DPR n. 445 28/12/2000)

***IMPEDIMENTO ALLA SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE:***

# L’interessato non sa o non può firmare

La domanda dovrà essere raccolta previo accertamento dell’identità del dichiarante dal dipendente addetto il quale attesta che la dichiarazione è stata resa in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

IO SOTTOSCRITTO IN QUALITA’DI

DOCUMENTO DI IDENTITA’ N. RILASCIATO IL

DA FIRMA DEL DICHIARANTE

# L’ interessato non è in grado di firmare per impedimento temporaneo (motivi disalute)

L’stanza è sostituita dalla dichiarazione resa dal coniuge o, in sua assenza, dai figli o, in mancanza di questi da altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado al pubblico ufficiale, previo accertamento dell’identità del dichiarante:

IOSOTTOSCRITTO IN QUALITA’DI

DOCUMENTO DIIDENTITA’N. RILASCIATOIL

DA FIRMA DELDICHIARANTE

# Rappresentanza legale

Se l’interessato è soggetto alla potestà dei genitori, a tutela, a curatela e/o amministrato le dichiarazioni e i documenti previsti sono sottoscritti rispettivamente dal genitore esercente la potestà, dal tutore o dall’interessato stesso con l’assistenza del curatore o dell’amministratore di sostegno.

IOSOTTOSCRITTO IN QUALITA’DI

DOCUMENTO DIIDENTITA’ N. RILASCIATOIL

DA FIRMA DELDICHIARANTE

1/2