

All'Azienda Sanitaria Locale  
di \_\_\_\_\_  
Commissione Medica per l'accertamento  
delle Invalidità Civili, delle Condizioni  
Visive e del Sordomutismo

**Richiedente Maggiorene**

\_\_\_ l \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (c.a.p.) \_\_\_\_\_  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
**Codice fiscale** \_\_\_\_\_ **tessera sanitaria** \_\_\_\_\_  
Eventuale domicilio o recapito diverso dall'indirizzo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art.11 della Legge 24 dicembre 1993 N.537, e del relativo regolamento per il

- riconoscimento
- aggravamento dell'invalidità civile

Quale:

- INVALIDO CIVILE** – ai sensi della legge 30 marzo 1971 n.118 e successive modifiche e integrazioni – indicare ai soli fini dell'art.1 comma 3 della legge 15 ottobre 1990 n.295, se minorato psichico  Si  No
- CIECO CIVILE** – ai sensi della legge 27 maggio 1970 n.382 e successive modifiche e integrazioni;
- SORDOMUTO** – ai sensi della legge 26 maggio 1970, n.381 e successive modifiche e integrazioni;
- PERSONA HANDICAPPATA** – ai sensi della legge 5 febbraio 1992 n.104;
- PERSONA DISABILE** – ai sensi della legge 12 marzo 1999 n.68;

(avvertenze: barrare con una X la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)  
Nel caso si barri la sola casella "persona Handicappata" o "persona disabile" compilare il modello solamente fino alla lettera d).

Con lo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione; sin d'ora chiede con la presente istanza che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta.

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 corrispondenti a verità, giusto il disposto dell'art.26 della legge 4.1.1968 n.15

## DICHIARA

a) di essere nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

b) di essere cittadin \_\_\_\_  italian \_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  dell'Unione Europea  
 stranier \_\_\_\_ di cui all'art.32 lett. a) e b) legge 40/98;

c) di essere residente in \_\_\_\_\_

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

e) di essere iscritto nelle liste "speciali" di collocamento  Sì  No (barrare la casella che interessa – solo per istanti di età inferiore ai 65 anni – ) (Nota interna vedi allegato per supplemento di istruttoria da inviare all'interessato contestualmente al verbale di invalidità)

DA COMPILARE SOLO DAI RICHIEDENTI DI ETA' INFERIORE AI 65 ANNI E DAI CIECHI

f)  non ha percepito nell'anno scorso redditi lordi propri calcolati agli effetti dell'IRPEF

g)  ha percepito nell'anno scorso redditi lordi propri calcolati agli effetti dell'IRPEF di  
€ \_\_\_\_\_ derivati da: \_\_\_\_\_

Pensione corrisposta da \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_

Attività lavorativa \_\_\_\_\_

Rendita – derivante da \_\_\_\_\_

h)  non è ricoverato in istituto (casa di cura, casa di riposo, ecc)

i)  di essere ricoverato presso l'Istituto/Ospedale/Casa di Cura, presso Reparti di Medicina riabilitativa  
(Lungodegenza) \_\_\_\_\_

in caso affermativo, indicare data e luogo del ricovero \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e se la

retta di ricovero è a totale carico di Ente pubblico  Sì  No. (Nota interna vedi allegato per supplemento di istruttoria da inviare all'interessato contestualmente al verbale di invalidità)

j) di essere titolare di indennità percepita per causa di guerra, di lavoro o di servizio

Sì  No (art.1, comma 4 l.508/88).

l)  che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti presso l'Ufficio Postale di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ (eventuale c.c. postale \_\_\_\_\_)

deve essere indicato lo stesso ente dove riscuote altre Pensioni

m) che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti tramite accredito in conto corrente bancario deve essere indicato lo stesso ente dove riscuote altre Pensioni (il modulo allegato deve essere timbrato e firmato dal funzionario bancario)

n)  che in caso di riconoscimento delle eventuali provvidenze economiche, il/la sottoscritto/a delega alla riscossione il (deve essere lo stesso delegato per altre pensioni)

Sig. \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

La presente delega, se non è revocata ha durata illimitata. (vedi avvertenze alla fine del modulo)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in istituto, alle condizioni economiche, ai cambiamenti anagrafici ed ogni altro evento che modifichi le dichiarazioni rese ai fini dell'erogazione di eventuali provvidenze economiche.

Ai sensi della legge 675/96, autorizza altresì l'utilizzo dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.



**AZIENDA SANITARIA LOCALE (A.S.L.)**  
**DELLA PROVINCIA DI \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_**  
D.P.G.R. N. 070634 del 22.12.1997

**COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELLE INVALIDITA' CIVILI**  
**CERTIFICATO MEDICO DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI ACCERTAMENTO**  
**DELLO STATO DI INVALIDITA' CIVILE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

- PRIMO ACCERTAMENTO
- AGGRAVAMENTO (il certificato medico deve contenere ampia motivazione delle cause che hanno originato la modificazione del quadro clinico preesistente, CORREDATO DA IDONEA CERTIFICAZIONE SANITARIA).

**PATOLOGIE INVALIDANTI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NOTE ANAMNESTICHE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE D'INTRASPORTABILITA':**

- Paziente trasportabile
  - Paziente trasportabile solo con ambulanza
  - Paziente intrasportabile anche in ambulanza poiché se ne pregiudicano le condizioni di salute
- Precisare il motivo dell'intrasportabilità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**IL MEDICO**(timbro e firma)

\_\_\_\_\_

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE:**

Il Medico deve esprimere la diagnosi con chiarezza ed il certificato deve contenere per gli invalidi civili gli elementi per consentire l'individuazione delle infermità che ne determinano la totale e parziale riduzione della capacità lavorativa.

**Oggetto: Richiesta di accreditalmento in conto corrente bancario delle eventuali provvidenze economiche spettanti in qualità di invalido civile, cieco civile o sordomuto.**

Il sottoscritto/a.....

Nato a.....il.....

Residente in.....Via.....

Nella sua qualità di  tutore  rappresentate legale

del .....(minore di 18 anni o interdetto)

nat...a .....prov.... il.....

**CHIEDE**

L'accreditalmento della/e provvidenza/e di cui sopra sul conto corrente bancario

n..... intrattenuto presso (indicare istituto di credito e sportello bancario)

.....

e a me intestato o cointestato.

FIRMA\_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL' AZIENDA DI CREDITO**  
(Modulo da restituire timbrato e firmato dal funzionario bancario)

Azienda di credito.....Agenzia.....

Indirizzo.....cap.....città.....

**Coordinate bancarie del conto da accreditare**

Az. di credito.....cab sportello.....codice cin.....conto.....

Data.....firma.....

**Oggetto: Richiesta di accreditalmento in conto corrente postale o libretto di risparmio postale delle eventuali provvidenze economiche spettanti in qualita di invalido civile, cieco civile o sordomuto.**

Il sottoscritto/a..... nato il.....

a..... cod. fisc.....

Residente a..... in Via.....

CHIEDE

L'accreditalmento in via continuativa delle provvidenze di cui sopra sul conto corrente postale n..... Libretto postale di risparmio nominativo n. ....

Intrattenuto presso l'Ufficio Postale del Comune di .....

Succursale n. .... in Via .....

ed allo/a stesso/a intestato o cointestato.

Mi impegno a tenere indenni le Poste Italiane da ogni danno che possa derivare dal richiesto accreditalmento. Le Poste Italiane sono autorizzate a prelevare d'ufficio le somme erroneamente e/o indebitamente accreditate nello forma sopra indicata.

Data.....

FIRMA.....

COORDINATE POSTALI

Frazionario agenzia..... C/C postale n.....

Codice ABI..... Codice CAB..... Codice CIN.....

Data.....

Firma del direttore dell' Agenzia

.....

**Servizio di Medicina Legale**  
**Ufficio Invalidi Civili**  
Via.....

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER INOLTARE DOMANDA**  
**DI INVALIDITA' CIVILE**

1. domanda in carta esente da bollo compilata e firmata su modello regionale disponibile presso l'Ufficio Invalidi Civili;
2. certificato medico in originale : deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere i dati necessari per consentire l'individuazione delle minorazioni ed infermità che determinano la totale o parziale riduzione della capacità lavorativa. In caso di intrasportabilità, ai fini dell'espletamento di una visita domiciliare, è necessario che tale condizione sia certificata dal medico di base. Per la compilazione del certificato può essere utilizzato apposito stampato allegato al modello di domanda.
3. documentazione sanitaria integrativa in fotocopia a sostegno di quanto attestato nel certificato medico. Tali fotocopie verranno trattenute dalla Commissione:

**Alcuni esempi:**

<b><u>Malattie Dichiarate</u></b>	<b><u>Documentazione Necessaria</u></b>
» artrosi del rachide, osteoporosi e patologie ortopediche	referti di esami radiologici e visite ortopediche o isiatriche
» malattie apparato cardiovascolare	elettrocardiogrammi e visite cardiologiche con indicazione della classe funzionale NYHA
» decadimento cognitivo	visite neurologiche Centri Alzheimer o geriatriche
» diabete mellito	profili glicemici
» malattia apparato visivo	visita oculistica con visus residuo naturale e corretto
» ipoacusie	esami audiometrici
» malattie del fegato	indici di funzionalità epatica, ecografia

In caso di avvenuto ricovero presso strutture ospedaliere, è sufficiente produrre in fotocopia la sola lettera di dimissione. Qualora il soggetto sia in possesso anche delle relative cartelle cliniche, è opportuno esibirle al momento della visita per la consultazione da parte della Commissione

- 4) fotocopia della carta di identità o altro documento di riconoscimento in corso di validità.
- 5) fotocopia del codice fiscale

**NOTA BENE**

- In caso di domanda di AGGRAVAMENTO, oltre al certificato medico redatto secondo le disposizioni sopra riportate, occorre allegare la DOCUMENTAZIONE MEDICA, che comprovi le modificazioni del quadro clinico preesistente, nonché FOTOCOPIA DEL VERBALE del precedente accertamento, che sarà tenuto agli atti.
- Si raccomanda la PUNTUALE e CORRETTA compilazione in ogni sua parte dell'istanza ivi compresa la parte autocertificativa sulla situazione reddituale del richiedente, compilazione ASSOLLTAMENTE necessaria per l'eventuale erogazione di benefici economici. L'assenza di tali dati comporterà inevitabilmente il dilatarsi dei tempi d'attesa per l'erogazione dell'eventuale beneficio economico.
- L'istanza, correttamente compilata in ogni sua parte, può essere trasmessa all'Ufficio Invalidi anche tramite raccomandata con ricevuta di ritorno.



**NOTE INFORMATIVE SULLE PROCEDURE AMMINISTRATIVE SUCCESSIVE ALLA  
PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INVALIDITA'**

- Il richiedente sarà chiamato, con invito scritto, a sottoporsi a visita della Commissione Medica per l'accertamento degli stati di invalidità civile della A.S.L. di competenza, entro tre mesi dalla presentazione della domanda.
- Il relativo verbale e la documentazione medica acquisita saranno successivamente trasmessi al Ministero del Tesoro - Commissione Medica Periferica di competenza che dovrà approvare il giudizio entro 60 gg. dalla data di ricezione delle pratiche.
- La Commissione Medica Periferica può sospendere la procedura di approvazione:
  - richiedendo ulteriore documentazione
  - chiamando a visita diretta il richiedente
  - chiedendo eventuale revisione del giudizio emesso
- La S.V. riceverà, quindi, l'esito della visita solo successivamente all'approvazione del giudizio da parte della Commissione Medica Periferica. I tempi di attesa sono quantificabili in circa tre mesi a partire dal mese successivo alla visita. Le procedure di sospensione da parte della CMP, possono comportare un allungamento di detti tempi.
- A conclusione del suddetto iter sarà cura dell'Ufficio Invalidi notificare l'esito dell'accertamento direttamente all'interessato tramite Raccomandata A.R.
- Avverso il verbale di visita la S.V. può presentare ricorso al Ministero del Tesoro .Commissione Medica Superiore - Div. XII - Servizio Ricorsi - Via Casilina, 3 - 00182 Roma, entro 60 giorni dalla notifica del verbale. Il ricorso va presentato in carta semplice, allegandovi copia del verbale di visita e ogni altra documentazione sanitaria che si ritenga utile a sostegno delle proprie ragioni. I ricorsi sono decisi entro 180 giorni a decorrere dalla data di ricezione degli stessi. Decorso tale termine, senza che il Ministero del Tesoro abbia notificato la decisione, il ricorso si intende respinto a tutti gli effetti.
- Avverso la decisione del Ministero del Tesoro è ammessa la tutela giurisdizionale davanti al giudice ordinario.