

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE
di _____
Commissione Medica per l'accertamento delle
Invalidità Civili, delle Condizioni Visive e del
Sordomutismo

RICHIEDENTE MAGGIORENNE

.....I.....sottoscritt.....
nat.....a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/P.zza.....n.....
Stato civile.....Professione.....Telefono.....
Codice fiscale.....Tessera sanitaria n.....
Eventuale domicilio o recapito diverso dall'indirizzo di residenza.....

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'** e in tutti i casi per i **cittadini stranieri muniti di permesso di soggiorno** 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, con la presente istanza chiede inoltre 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, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

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 con permesso di soggiorno scadente il..... con carta di soggiorno rilasciata il.....
- c) di essere residente in.....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalità civile, non dipendono da cause di guerra, di lavoro o di servizio.
- e) di essere iscritto nelle liste "speciali" di collocamento SI NO (barrare la casella che interessa – solo per istanti di età inferiore ai 65 anni se uomini e a 60 anni se donne-). E se sì dal.....

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

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

g) di aver percepito nell'anno scorso redditi lordi propri calcolati agli effetti dell'IRPEF di

€.....

derivanti da:

Pensione corrisposta da.....categoria.....

Attività lavorativa.....

Rendita - derivante da

h) di non essere RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza)

i) di essere RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza) presso.....

in caso affermativo, indicare la data e il luogo del ricovero:.....
.....
e se la retta di ricovero è a totale carico di Ente pubblico: SI NO.

j) di essere titolare di analoga indennità di accompagnamento percepita per causa di guerra, di lavoro o di servizio, SI NO (art.1, comma 4 L. 508/88).

k) che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti presso l'Ufficio Postale di.....
Via.....(eventuale c.c. postale). (deve essere indicato lo stesso Ufficio dove vengono riscosse eventuali altre pensioni INPS)

l) che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti tramite accredito in conto corrente bancario (vedi modello di delega allegato da restituire compilato con la presente domanda) (il modulo allegato deve essere restituito timbrato e firmato dal funzionario bancario) (deve essere indicato lo stesso conto corrente dove vengono riscosse eventuali altre pensioni INPS)

m) che in caso di riconoscimento delle eventuali provvidenze economiche, il/la sottoscritto/a delega alla riscossione il

Sig/Sig.ra.....(il delegato deve essere la stessa persona già delegata per la riscossione di eventuali altre pensioni INPS)

nato a il

residente a.....Via.....

tel.....c.f.....

La presente delega, se non è revocata, ha durata illimitata. (vedi Avvertenze per la firma ultimo paragrafo del modulo)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in istituto (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza), alla iscrizione nelle liste speciali di collocamento, 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.

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE
di _____
Commissione Medica per l'accertamento delle
Invalidità Civili, delle Condizioni Visive e del
Sordomutismo

**RICHIESTA PER MINORE DI 18 ANNI
O INTERDETTO**

.....I.....sottoscritt.....
nat.....a.....prov.....il.....
residente in.....(c.a.p.).....
Via/P.zza.....n.....
Codice fiscale.....Telefono.....nella
sua qualità di.....
del(minore di 18 anni o interdetto)
nat.....aprov..... il.....
residente in(c.a.p.).....
Via/P.zza.....n..... Stato civile.....
Codice fiscale.....Tessera sanitaria n.....
Eventuale domicilio o recapito diverso dall'indirizzo di residenza.....

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 per 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"** e in tutti i casi per i **cittadini stranieri muniti di permesso di soggiorno** 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 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 corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.

DICHIARA

Che il predetto:

- a) è nat....a.....prov.....il.....
- b) è cittadin... italian... dal..... dell'Unione Europea stranier....di cui all'art. 32 lett. a) e b) legge 40/98 con permesso di soggiorno scadente il..... con carta di soggiorno rilasciata il.....
- c) è 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) **(da compilare solo per gli interdetti di età inferiore ai 65 anni se uomini ed ai 60 anni se donne)** che è iscritto nelle liste "speciali" di collocamento SI NO e se sì dal

DA COMPILARE SOLO PER INTERDETTI DI ETA' INFERIORE AI 65 ANNI, MINORI E 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

€..... derivanti da:

Pensione corrisposta da.....categoria.....

Attività lavorativa.....

Rendita - derivante da

h) non è RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza - per i minori dichiarati invalidi totali con bisogno di assistenza continua o con impossibilità a deambulare e per i maggiorenni sotto tutela)

è RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza per i minori dichiarati invalidi totali con bisogno di assistenza continua o con impossibilità a deambulare e per i maggiorenni sotto tutela) presso..... in caso affermativo, indicare la data e il luogo del ricovero:..... e se la retta di ricovero è a totale carico di Ente pubblico: SI NO.

i) non è RICOVERATO (solo per i "minori non deambulanti con difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età")

j) è RICOVERATO presso..... dal al.....(solo per i "minori non deambulanti con difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età")

k) (da compilare solo per i minori frequentanti le scuole pubbliche o private, a partire dall'Asilo Nido, e i centri sottospecificati)

• la scuola.....dalal.....

• il centro ambulatoriale o il centro diurno specializzato nel trattamento terapeutico, nella riabilitazione o nel recuperoconvenzionato con la Regione Lombardia SI NO dal.....al.....

• il centro di formazione o addestramento professionale.....dal.....al.....

Il sottoscritto si obbliga a comunicare sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 2 comma 3 della legge 11.10.1990 n. 289, la cessazione della frequenza del minore assistito.

E dichiara altresì che il predetto è:

l) **(da compilare solo per gli interdetti)** titolare di analoga indennità di accompagnamento percepita per causa di guerra, di lavoro o di servizio SI NO (art.1, comma 4 L. 508/88).

m) che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti presso l'Ufficio Postale di..... Via..... (eventuale c.c. postale). *(deve essere indicato lo stesso Ufficio dove vengono riscosse eventuali altre pensioni INPS)*

n) che desidera riscuotere le eventuali provvidenze economiche spettanti tramite accredito in conto corrente bancario (vedi modello di delega allegato da restituire compilato con la presente domanda) (il modulo allegato deve essere restituito timbrato e firmato dal funzionario bancario) *(deve essere indicato lo stesso conto corrente dove vengono riscosse eventuali altre pensioni INPS)*

o) che in caso di riconoscimento delle eventuali provvidenze economiche, il/la sottoscritto/a delega alla riscossione il

Sig./Sig.ra..... (il delegato deve essere la stessa persona già delegata per la riscossione di eventuali altre pensioni INPS)

nato ail.....

residente a.....Via.....

tel.....c.f.....

La presente delega, se non è revocata, ha durata illimitata. (vedi avvertenze per la firma ultimo paragrafo del modulo)

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni relative al ricovero in istituto (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza), alla iscrizione nelle liste "speciali" di collocamento, 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.

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- ◆ CERTIFICATO MEDICO attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciato in data.....da.....
- ◆ DOCUMENTAZIONE SANITARIA INTEGRATIVA.
- ◆ ALTRA DOCUMENTAZIONE INTEGRATIVA DA ALLEGARE:
 - fotocopia codice fiscale del tutore o rappresentante legale
 - fotocopia codice fiscale del minore o interdetto.
 - Fotocopia tessera sanitaria del minore o interdetto
 - per i cittadini stranieri – permesso di soggiorno (ai fini del riconoscimento dei benefici non economici) o carta di soggiorno (ai fini del riconoscimento dei benefici economici).

Data.....

FIRMA

.....

AVVERTENZE PER LA FIRMA (nuove disposizioni D.P.R. 21/12/2000 n° 445)

1. La firma dovrà essere apposta personalmente dall'invalido, oppure se egli è interdetto, dal suo legale rappresentante allegando copia conforme o autocertificando in qualità di tutore/curatore/procuratore speciale/procuratore generale, l'atto di conferimento della tutela/curatela/procura.
2. La firma dell'invalido dovrà essere autenticata se alla riscossione delle provvidenze economiche sia stata delegata altra persona, o può essere apposta (dall'invalido) alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica.
3. Se il richiedente non sa o non può firmare la presente dichiarazione dovrà essere attestata da un Pubblico Ufficiale (ASL/Comune/ecc...), previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/00). La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge, o in sua assenza dai figlio, in mancanza di questi, da altro parente in una linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

Oggetto: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - .

Il sottoscritto/a.....

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

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

DICHIARA

1. di non aver svolto attività lavorativa nè di aver richiesto l'iscrizione nelle liste di collocamento ordinarie a causa delle sue minorazioni nel periodo intercorrente tra l'istanza di riconoscimento dell'invalidità e la notifica del verbale di accertamento sanitario.
2. che ha provveduto ad iscriversi o a reinscriversi nelle liste speciali di collocamento obbligatorio in data.....

Il sottoscritto è consapevole che in caso di cancellazione dalle liste speciali di collocamento obbligatorio perderà il beneficio economico previsto, nonché delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazione falsa o mendace.

Data

Firma.....

AVVERTENZE PER LA FIRMA (nuove disposizioni D.P.R. 21/12/2000 n° 445)

1. La firma dovrà essere apposta personalmente dall'invalido, oppure se egli è interdetto, dal suo legale rappresentante allegando copia conforme o autocertificando in qualità di tutore/curatore/procuratore speciale/procuratore generale, l'atto di conferimento della tutela/curatela/procura.
2. La firma dell'invalido dovrà essere autenticata se alla riscossione delle provvidenze economiche sia stata delegata altra persona, o può essere apposta (dall'invalido) alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica.
3. Se il richiedente non sa o non può firmare la presente dichiarazione dovrà essere attestata da un Pubblico Ufficiale (ASL/Comune/ecc...), previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/00). La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge, o in sua assenza dai figlio, in mancanza di questi, da altro parente in una linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

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

Oggetto: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - .

Il sottoscritto/a.....

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

Residente in.....Va.....

DICHIARA

- Di essere RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza)

SI NO presso.....

Dal..... con spese a carico proprio SI NO

o di Ente Pubbico SI NO

- Di essere stato RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza)

SI NO presso.....

Dal.....Al..... con spese a carico proprio SI NO

o di Ente Pubbico SI NO

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni civili e penali per coloro che rendono attestazione falsa o mendace.

Data

Firma.....

AVVERTENZE PER LA FIRMA (nuove disposizioni D.P.R. 21/12/2000 n° 445)

1. La firma dovrà essere apposta personalmente dall'invalido, oppure se egli è interdetto, dal suo legale rappresentante allegando copia conforme o autocertificando in qualità di tutore/curatore/procuratore speciale/procuratore generale, l'atto di conferimento della tutela/curatela/procura.
2. La firma dell'invalido dovrà essere autenticata se alla riscossione delle provvidenze economiche sia stata delegata altra persona, o può essere apposta (dall'invalido) alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica.
3. Se il richiedente non sa o non può firmare la presente dichiarazione dovrà essere attestata da un Pubblico Ufficiale (ASL/Comune/ecc...), previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/00). La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge, o in sua assenza dai figlio, in mancanza di questi, da altro parente in una linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

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

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.....

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.....

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

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: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - .

Il sottoscritto/a.....

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

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

Nella sua qualità di tutore

del.....(interdetto)

nat...aprov..... il.....

residente in(cap.).....

DICHIARA

1. Che lo stesso non ho svolto attività lavorativa né di aver richiesto l'iscrizione nelle liste di collocamento ordinarie a causa delle sue minorazioni nel periodo intercorrente tra l'istanza di riconoscimento dell'invalidità e la notifica del verbale di accertamento sanitario.
2. che lo stesso ha provveduto ad iscriversi o a reinscriversi nelle liste speciali di collocamento obbligatorio in data.....

Il sottoscritto è consapevole che in caso di cancellazione dalle liste speciali di collocamento obbligatorio perderà il beneficio economico previsto, nonché delle sanzioni civili e penali previste per coloro che rendono attestazione falsa o mendace.

Data

Firma.....

AVVERTENZE PER LA FIRMA (nuove disposizioni D.P.R. 21/12/2000 n° 445)

1. La firma dovrà essere apposta personalmente dall'invalido, oppure se egli è interdetto, dal suo legale rappresentante allegando copia conforme o autocertificando in qualità di tutore/curatore/procuratore speciale/procuratore generale, l'atto di conferimento della tutela/curatela/procura.
2. La firma dell'invalido dovrà essere autenticata se alla riscossione delle provvidenze economiche sia stata delegata altra persona, o può essere apposta (dall'invalido) alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica.
3. Se il richiedente non sa o non può firmare la presente dichiarazione dovrà essere attestata da un Pubblico Ufficiale (ASL/Comune/ecc...), previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/00). La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge, o in sua assenza dal figlio, in mancanza di questi, da altro parente in una linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

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

Oggetto: dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del DPR 28 dicembre 2000
n. 445 - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - .

Il sottoscritto/a.....

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

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

Nella sua qualità di tutore rappresentante legale

del(minore di 18 anni o interdetto)

nat...aprov..... il.....

DICHIARA

- Che lo stesso è RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza)
 SI NO presso..... Dal.....Al..... con spese a carico proprio SI NO
o di Ente Pubbico SI NO
- Che lo stesso è stato RICOVERATO IN ISTITUTO (per fini riabilitativi o in reparti di lungodegenza)
 SI NO presso..... Dal.....Al..... con spese a carico proprio SI NO
o di Ente Pubbico SI NO
- non è RICOVERATO (solo per i "minori non deambulanti con difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età")
- è RICOVERATO presso.....
dal al.....(solo per i "minori non deambulanti con difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età")

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni civili e penali per coloro che rendono attestazione falsa o mendace.

Data

Firma.....

AVVERTENZE PER LA FIRMA (nuove disposizioni D.P.R. 21/12/2000 n° 445)

1. La firma dovrà essere apposta personalmente dall'invalido, oppure se egli è interdetto, dal suo legale rappresentante allegando copia conforme o autocertificando in qualità di tutore/curatore/procuratore speciale/procuratore generale, l'atto di conferimento della tutela/curatela/procura.
2. La firma dell'invalido dovrà essere autenticata se alla riscossione delle provvidenze economiche sia stata delegata altra persona, o può essere apposta (dall'invalido) alla presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, che provvederà all'autentica.
3. Se il richiedente non sa o non può firmare la presente dichiarazione dovrà essere attestata da un Pubblico Ufficiale (ASL/Comune/ecc...), previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato in presenza di un impedimento a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/00). La dichiarazione nell'interesse di chi si trovi in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, è sostituita dalla dichiarazione, contenente espressa indicazione dell'esistenza di un impedimento, resa dal coniuge, o in sua assenza dai figlio, in mancanza di questi, da altro parente in una linea retta o collaterale fino al terzo grado, al pubblico ufficiale, previo accertamento dell'identità del dichiarante.

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

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.....aprov..... 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.....

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

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.....