AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE

Centro per i Servizi Sanitari – Viale Verona - 38100 TRENTO – Tel. 0461/364657 - Fax 0461/364553

Domanda di accertamento dello stato di MINORAZIONE DA CAUSE CIVILI (L.P. 15.06.1998, n.7)

Si prega di porre la massima attenzione nella lettura del testo, compilando tutte le parti del modulo in maniera chiara e leggibile

Il/la sottoscritto/a_____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'**art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 DICHIARA** di essere:

nato/a a_____ il _____

residente a_____ via_____ n°_____

domiciliato/a a_____ via_____ n°_____

telefono_____ codice fiscale_____

☐ **di essere** ☐ **di non essere** (*barrare obbligatoriamente indicando con una **X** la voce che interessa*) titolare di prestazioni concesse per invalidità contratte da causa di servizio (I.N.P.D.A.P.), da causa di lavoro (I.N.A.I.L.), da causa di guerra (Ministero del Tesoro) e di prestazioni a favore di ciechi civili e sordomuti (in caso di titolarità di tali prestazioni dovrà esibire in sede di visita la documentazione attestante tali benefici), e

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, a norma della **L.P. 15.06.1998, n. 7**, per il:

☐ riconoscimento

☐ aggravamento

☐ collocamento mirato al lavoro (Legge n. 68/99)

quale:

☐ **INVALIDO CIVILE** ☐ **CIECO CIVILE** ☐ **SORDOMUTO**

allo scopo di ottenere i benefici previsti (**protesi e ausili, pensione di invalidità, indennità di accompagnamento, assegno mensile per minore, pensione di cecità, indennità di comunicazione, esenzione ticket ed altro**).

Chiede inoltre che, dell'esito dell'accertamento, gli venga rilasciata dichiarazione certificativa per quanto previsto dalla L.P. 15.06.1998, n. 7.

Allega al riguardo i seguenti documenti:

- Per la domanda di INVALIDITÀ CIVILE: **CERTIFICATO MEDICO** (*in originale* o in copia autentica, rilasciato in data *non antecedente ai sei mesi* dalla data di presentazione della domanda) attestante la natura delle proprie infermità invalidanti.
- Per la domanda di CECITA' CIVILE: **CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO OCULISTICO** (*in originale* o in copia autentica, rilasciato in data *non antecedente ai sei mesi* dalla data di presentazione della domanda) attestante le condizioni di minorazione visiva (visus inferiore a un ventesimo in entrambi gli occhi con correzione). (1)
- Per la domanda di SORDOMUTISMO:**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO OTORINOLARINGOIATRICO ED ESAME AUDIOMETRICO** (*in originale* o in copia autentica, rilasciati in data *non antecedente ai sei mesi* dalla data di presentazione della domanda) dal quale risulti una perdita pari o superiore a 60dB di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 Hz nell'orecchio migliore qualora il richiedente non abbia compiuto 12 anni o pari o superiore a 75dB dopo tale età purché sia dimostrabile l'insorgenza dell'ipoacusia prima del compimento del 12° d'età. (1)

Segue

Dichiara inoltre **(artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**:

☐ di essere cittadino italiano

oppure

☐ di essere cittadino di uno Stato appartenente alla Comunità Europea (2)

☐ di essere cittadino non appartenente alla Comunità Europea (3)

☐ di essere iscritto all'A.I.R.E. (Associazione Italiana Residenti all'Estero)

e comunica che la famiglia convivente, oltre il/la sottoscritto/a, si compone di:

Cognome e nome	Data di nascita	Rapporto di parentela

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 30.06.2003 n. 196).

Ai sensi dell'art. 13 del Codice il sottoscritto dichiara di essere stato informato che i dati identificativi inseriti nella domanda sono raccolti e trattati dall'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento* all'interno del procedimento finalizzato al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo e dei benefici connessi; tali dati, insieme a quelli diagnostici ed alla disabilità riconosciuta, sono inseriti nella procedura informatica dell'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento.* L'eventuale rifiuto, anche parziale, a fornire i dati richiesti, preclude l'attivazione del procedimento. I dati personali e sanitari verranno trattati in modo lecito, nel rispetto delle misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. Il sottoscritto dichiara di essere stato informato del diritto ad ottenere in ogni momento la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, della forma di utilizzo e di conservazione degli stessi, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati debbono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, del diritto di integrazione, rettifica, aggiornamento, cancellazione o trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge e delle ulteriori disposizioni di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003; dichiara di essere stato informato che, in ottemperanza alla Circolare del Ministero della Sanità del 18.10.2000 (prot. n. DPV 4/H-DD/687) ed alla nota del Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Attività Sociali della Provincia Autonoma di Trento del 6.11.2000 (prot. n. 1823D312/GIP/CA), viene trasmesso alle Associazioni di categoria rappresentative degli invalidi l'elenco nominativo dei soggetti sottoposti ad accertamento sanitario. In presenza di mandato di rappresentanza conferito ad Istituti di Patronato e/o Associazioni di categoria rappresentative degli invalidi, copia del verbale di accertamento sanitario delle minorazioni da cause civili viene trasmesso agli stessi privo dei dati sanitari. Il titolare del trattamento dei dati è l'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari* di Trento e responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione Igiene e Sanità Pubblica.

Data **FIRMA***

_____ _____

***Informazioni per la firma*

1) Se il soggetto che presenta la domanda **è minore** firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale **(D.P.R. 445/2000 art. 5).**
2) Se il soggetto che presenta la domanda **è interdetto/inabilitato** firma il tutore/curatore **(D.P.R. 445/2000 art. 5).**
3) Se il soggetto che presenta la domanda si trova **impossibilitato a firmare per motivi di salute** firmano il coniuge o in sua assenza, i figli o altri parenti in linea retta o collaterale fino al 3° grado **(D.P.R. 445/2000 art. 4, c. 2) e allegano** la fotocopia del proprio documento di identità oltre a quello della persona a cui la domanda si riferisce.

Note:

1) Se il certificato medico finalizzato al riconoscimento della cecità civile e del sordomutismo manca dei requisiti indicati si procederà alla valutazione dello stato di invalidità civile.

2) E' necessario integrare la domanda con almeno una delle due seguenti dichiarazioni:

a) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la persona ha svolto o svolge attività lavorativa, autonoma o subordinata, in Italia o in uno degli Stati membri della Comunità Europea;
b) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con la quale la persona attesti di essere a carico di un suo familiare che svolge o ha svolto attività lavorativa, autonoma o subordinata, in Italia o in uno degli Stati membri della Comunità Europea.

3) La domanda va integrata con fotocopia della carta di soggiorno o del permesso di soggiorno di durata non inferiore a un anno.

Nel caso la presente istanza non sia sottoscritta direttamente in presenza del personale addetto a riceverla è necessario allegare la fotocopia di un documento di identità.