

**Applicare
marca da bollo
da Euro 16**



Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento

Distretto Sanitario di Trento

Unità Operativa Medicina Legale

Sede: Viale Verona – 38121 TRENTO

Tel. 0461 904541-904657 - fax 0461 904553

**MODULO PER LA RICHIESTA DI COPIA CONFORME
DEL VERBALE DI ACCERTAMENTO DELLA DISABILITA'**

Il sottoscritto (Cognome e Nome)

nato a(.....) il

residente a(.....) in Via

chiedo sia/siano rilasciata/e(indicare il numero in cifre) di copie conformi del:

- ☐ Verbale di accertamento dello stato di invalidità civile
- ☐ Verbale di accertamento dello stato di cecità civile
- ☐ Verbale di accertamento del sordomutismo
- ☐ Verbale di accertamento dell' handicap

Consapevole che gli atti ed i documenti rilasciati dalla Pubblica Amministrazione non sono esenti dall'imposta di bollo (art. 1 della Tariffa allegata al Decreto del Presidente della Repubblica n. 642 del 1972) allego, alla presente, una marca da bollo da EURO 16 (sedici) per ciascuna copia del documento richiesto chiedendo che la copia conforme sia inviata all' indirizzo segnalato.

Data

Firma (leggibile).....

Allego: n.marche da bollo da Euro 16 (sedici)

Informazioni per la firma:

- 1) Se la persona 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 la persona che presenta la domanda è **interdetto/inabilitato** firma il tutore/curatore (D.P.R. 445/2000 art. 5);
- 3) Se la persona 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.