



## D I C H I A R A

che il suddetto minore o interdetto

- a) è nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_
- b) è  cittadin\_ Italian\_  cittadin\_ U.E.  cittadin\_ extra U.E.
- c) è residente a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_  
via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- d) che le infermità per le quali è richiesto il riconoscimento non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio

**Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli Organi competenti.**

Allega alla presente domanda

- la certificazione medica (Mod. 1), che fa parte integrante della presente istanza, attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata dal Dr. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- fotocopia di un valido documento di riconoscimento e della tessera sanitaria (o cod. fiscale)
- in caso di richiesta di revisione o aggravamento fotocopia del precedente verbale di accertamento
- Altra documentazione Integrativa

FIRMA (2)

Data \_\_\_\_\_

Richiedente impossibilitato a firmare a causa di \_\_\_\_\_

FIRMA

( firma del dichiarante con indicazione del rapporto di parentela o ruolo rivestito )

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' AI SENSI DELLA LEGGE 15/68

\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

## D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità

che il suddetto minore o interdetto

- è / non è stato sottoposto a visita collegiale e per gli effetti della legge in materia di invalidità civile;
- non ha pendente alcun ricorso gerarchico o giurisdizionale ai sensi della vigente normativa;
- di autorizzare, ai sensi del D. Lgs. 196/03 e ss.mm.ii., l'utilizzo dei dati personali per gli adempimenti di competenza della Commissione.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA (2)

### (2) AVVERTENZA:

- La presente richiesta deve essere firmata davanti all'addetto alla ricezione, o in alternativa, consegnata da altra persona già firmata, ovvero spedita, allegando la fotocopia di un valido documento di riconoscimento del firmatario
- La richiesta di chi non sa, non può firmare a causa di un temporaneo impedimento per ragioni di salute o di chi è impossibilitato a firmare, può essere sottoscritta da un parente prossimo (coniuge, figlio, parente fino al terzo grado), dal tutore, dal curatore o dall'amministratore di sostegno allegando la copia del proprio valido documento di riconoscimento.