

Servizio Sanitario Regionale – ASL della provincia di FOGGIA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Commissione medica di 1^a istanza per l'accertamento dello stato di invalidità civile
del Distretto socio sanitario n. _____, integrata per la legge 104/92

**RICHIESTA di CERTIFICAZIONE MEDICA utile ai fini del rilascio del CONTRASSEGNO INVALIDI per
persone con DEAMBULAZIONE SENSIBILMENTE RIDOTTA (art. 381 del DPR 16/12/1992, n.495)**

La/il sottoscritta/o _____

(cognome e nome in stampatello della persona invalida)

nata/o il _____ a _____ e residente a _____

in Via _____ CAP _____ Tel. _____

CHIEDE

di essere sottoposta/o a visita medico-legale presso la Commissione Invalidi Civili di _____ al fine di ottenere la certificazione medica di riconoscimento dello stato di "deambulazione sensibilmente ridotta", da allegare alla domanda per il rilascio del contrassegno invalidi (contrassegno H) per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide (art. 381 del D.P.R. 495/92 e s.m.), da presentare al Comune di residenza.

Dichiara di essere informato che, per i titolari di patente di guida di veicoli, il riscontro di infermità tali, per natura ed entità, da far sorgere dubbi sulla persistenza dei requisiti psico-fisici per l'idoneità alla guida dei veicoli, comporta la segnalazione all'Ufficio Provinciale della Motorizzazione Civile, per i provvedimenti previsti dall'art. 128 del vigente Codice della Strada (revisione della patente di guida).

A tale scopo, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la formazione e l'uso di atti falsi o l'esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (articolo 76 del Decreto Presidente Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000),

DICHIARA

1. di NON essere titolare di patente di guida
2. di essere titolare di patente di guida, n.ro _____ categoria ____ rilasciata il _____ da _____
3. di impegnarsi ad esibire, in visione, in occasione della visita medico-legale, tutta la documentazione medica originale, utile alla valutazione del caso
4. di essere informato, ai sensi dell'art.13 del d.lgs 196/03 recante disposizioni a tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, che i dati forniti, saranno trattati nel rispetto degli obblighi di legge.
Pertanto, ACCONSENTE NON ACCONSENTE (barrare casella) al trattamento dei dati personali e sensibili.

ALLEGA

- Copia del documento d'identità in corso di validità
- Copia della patente di guida (se titolare)
- Ricevuta di versamento della tariffa, di cui al tariffario regionale vigente, per il rilascio di certificazioni medico-legali

_____ luogo

_____ data

_____ firma del richiedente (o tutore/curatore/amministratore di sostegno)

IN QUALITÀ DI CURATORE/TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E ATTO DI NOMINA DEL TRIBUNALE)

ALL'ATTO DEL RITIRO:

_____ luogo

_____ data

_____ firma

In caso di ritiro in qualità di persona delegata, allegare delega firmata dal richiedente (oppure dal tutore/curatore/amministratore di sostegno) e documento d'identità, in copia, del delegato e del delegante.