

ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:

- certificazione medica **in originale** attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data _____ da _____;
- altra **certificazione specialistica integrativa** rilasciata da strutture pubbliche o private (potrà anche essere presentata al momento della visita);
- Fotocopia di un documento di identità non scaduto;**
- per la valutazione dell'**AGGRAVAMENTO** della minorazione, corredare la domanda con:
 - documentazione sanitaria che comprovi le modificazioni del quadro clinico preesistente;
 - copia del **verbale (modello A/SAN)** della visita precedente.

Ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale della Liguria n.723 del 27/6/2000, la condizione di persona con sordità congenita, o acquisita prima del compimento del 12° anno di età, può essere accertata dalla Commissione Sanitaria ASL, senza necessità di visita.

La procedura è riservata ai cittadini, affetti dalla predetta minorazione, sottoposti a programmi di abilitazione linguistica, con relativa documentazione depositata presso strutture della ASL 3 "Genovese".

(pregasi indicare struttura _____ periodo di assistenza _____).

Ai sensi del D. Lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modificazioni si informa che, a seguito delle presentazione di questa domanda, i dati personali ed in particolare quelli relativi alla Sua salute emersi con la presente indagine saranno archiviati, trattati da questa ASL, trasmessi agli uffici previsti dalla normativa in vigore (L.110/71 art.8 comma 4) per gli adempimenti di competenza, ed eventualmente ad altri e diversi uffici nei casi in cui siano diagnosticate menomazioni incompatibili con il godimento di eventuali abilitazioni, titoli di legge o altri benefici.

AUTORIZZAZIONI: Il sottoscritto autorizza la ASL 3 "Genovese" ad inserire i dati personali e sanitari emersi nel corso del presente accertamento in una cartella clinica individuale che sarà consultata per ogni accertamento medico-legale che richiederà in futuro ed ogni qualvolta richieda a questa ASL un particolare beneficio. Infine, autorizza il personale addetto alle attività della Commissione Invalidi Civili ad esaminare ed estrarre copia della documentazione che lo riguarda, conservata presso strutture pubbliche e riguardante informazioni sanitarie circa il Suo stato di salute.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità giusto il disposto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità che i dati forniti sono completi e veritieri e si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione.

IL DICHIARANTE

Data _____ (firma) _____

ATTESTAZIONE A FIRMARE LA DOMANDA DI CHI NON SA O NON PUO' FIRMARE PER IMPEDIMENTO

Ai sensi dell'art. 4 (R) comma 1 del DPR 28/12/2000 n. 445 attesto che la dichiarazione è stata resa in mia presenza dal Sig. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, da me previamente identificato a mezzo di _____ impedito a sottoscrivere

data _____

IL FUNZIONARIO ADDETTO _____

DA COMPILARE NEL CASO SI INTENDA AVVALERSI DEL PATRONATO

Il/La sottoscritto/a delego il Patronato _____ presso il quale eleggo domicilio a norma dell'art. 47 del codice civile, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, nei confronti dell'INPS, per lo svolgimento della pratica relativa alla presente domanda, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs del Capo provvisorio dello Stato 29 luglio 1947 n. 804 e successive modificazioni e integrazioni. Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 10 della legge n. 675/96, l'informativa sul trattamento sui dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 22 della legge medesima:

- 1) consento il loro trattamento per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statuari del patronato
- 2) consento che gli stessi siano comunicati all'INPS

_____ (data)

_____ (firma)

_____ (firma dell'operatore del patronato)

TIMBRO DEL PATRONATO

CODICE DEL PATRONATO

N.B. La presente domanda dovrà essere spedita al seguente indirizzo:

A.S.L. 3 "Genovese" – Ufficio Invalidi Civili – Via Bertani, 4 – 16125 GENOVA

In alternativa la domanda potrà essere consegnata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico nelle seguenti sedi:

Piccapietra Largo San Giuseppe 2° 010 3447581/2/3– da lunedì a giovedì ore 8.30 - 18.30, venerdì 8.30 – 15.00 **Fiumara** Via Operai 80 010 644 72 50 – da lunedì a venerdì ore 8.00 - 15.00 **Voltri** Via Camozzini 95r (010. 6449674/676/677) da lunedì a venerdì ore 8.00 - 14.30

Bolzaneto Via Bonghi 6 010.6449505 da lunedì a venerdì ore 8.30 - 14.30 **Sestri Ponente** Via Monterotondo 14r 010.6447967/973 da lunedì a venerdì ore 8.00 - 15.00

nel periodo Luglio/Agosto ed in concomitanza delle Festività di Natale e Pasqua gli orari possono subire variazioni)