

**Domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o cecità civile e/o sordità
e/o della condizione di disabilità e/o del collocamento mirato**

Dati del/la legale rappresentante:
 (cognome) (nome)
 nato/a il a Prov.
 Residente o domiciliato/a a via n.
 codice fiscale tel./cell.

in qualità di

☐ genitore ☐ tutore ☐ procuratore ☐ amministratore di sostegno, autorizzato ai
 sensi del decreto di nomina a presentare la domanda

chiede che il signor/la signora/il minore/la minore

dati del paziente:
 (cognome) (nome)
 sesso ☐ m ☐ f nato/a il a Prov.
 codice fiscale tel./cell.

Sia sottoposto/a ad accertamento sanitario (con il relativo riconoscimento del beneficio economico) del proprio stato di

- ☐ **invalido/a civile** ai sensi della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46 *
☐ **cieco/a civile** ai sensi della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46 *
☐ **sordo/a** ai sensi della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46 *
NOTA: barrare solo in caso di sordità dalla nascita o insorta prima del compimento del 12° anno, altrimenti barrare la casella invalido/a civile.
☐ **condizione di disabilità (anche agevolazioni per il lavoro)** ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104 *

e chiede contestualmente l'accertamento dei requisiti sanitari ai fini del/delle

- ☐ **rilascio contrassegno di parcheggio per persone con disabilità**
 ai sensi del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35
NB: la condizione di intransportabilità non dà diritto al rilascio del beneficio.
☐ **agevolazioni fiscali relative ai veicoli previste per le persone con disabilità**
 ai sensi del decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35

- ☐ **collocamento mirato**
 ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68 *

* e successive modificazioni ed integrazioni.

e dichiara

ai sensi degli art. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 28 dicembre 2000 barrando le caselle che interessano e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorre in sanzioni penali nonché decade dai benefici conseguiti, come previsto rispettivamente dagli articoli 75 e 76 del succitato decreto:

che le minorazioni per le quali chiede l'accertamento dell'invalidità/cecità/sordità **non dipendono da causa di guerra, di servizio o di lavoro**

e di essere

- ☐ cittadino italiano/cittadina italiana;
- ☐ cittadino/a UE;
- ☐ cittadino straniero/cittadina straniera;
- ☐ residente anagraficamente in Provincia di Bolzano al seguente indirizzo:

Comune	CAP
via	n.
Provincia	e-mail/PEC

Compilare solo se diverso dalla residenza:

- ☐ temporaneamente domiciliato/a

Comune CAP via n.
Provincia e-mail/PEC

Nel caso in cui venga presentata la domanda per l'accertamento dell'invalidità e/o cecità e/o sordità è possibile contrassegnare il seguente punto:

- ☐ richiedo il rilascio della tessera per persone con invalidità civile.

- ☐ Delega il patronato sede di presso il quale elegge domicilio (ai sensi dell'art. 47 del codice civile) a rappresentarlo/a ed assisterlo/a per la presente domanda.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzata alla "Domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o della condizione di disabilità e/o del collocamento mirato e/o della cecità e/o della sordità".

In particolare, dichiara di essere informato/a che nel caso di accertamento di una minorazione saranno comunicati, in ottemperanza alla legge n. 183 del 4 novembre 2010, nonché alla legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46, i dati strettamente indispensabili all'Ufficio Provinciale competente per l'Assistenza Sociale (ASSE - Agenzia per lo sviluppo sociale ed economico), all'Ufficio Provinciale del Lavoro e alle sedi provinciali delle Associazioni rappresentative di categoria.

....., il
(luogo e data)

.....
(firma)

Documentazione da allegare all'atto della presentazione della domanda:

1. Certificato medico in originale rilasciato da non più di sei mesi e ogni altra documentazione utile;
2. Copia di un documento d'identificazione in corso di validità del/della richiedente;
3. In caso di richiesta per "persona con disabilità" ai sensi della legge n. 104/1992: questionario "Dichiarazioni personali ai fini dell'accertamento della condizione di disabilità" compilato e firmato.

Bozen | G. Galilei Str. 10/G | invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it | Tel. 0471 439 280
Brixen | Dante-Str. 26/C | invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it | Tel. 0472 813 021
Bruneck | Graben-Str. 7 | invaliden.invalidi-bk@pec.sabes.it | Tel. 0474 586 580
Meran | Laurin-Str. 24 | invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it | Tel. 0473 264 713
PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it
<http://www.sabes.it>
Firmenbezeichnung: Südtiroler Sanitätsbetrieb
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | via G. Galilei, 10/G | invaliden.invalidi-bz@pec.sabes.it | Tel. 0471 439 280
Bressanone | via Dante, 26/C | invaliden.invalidi-bx@pec.sabes.it | Tel. 0472 813 021
Brunico | via Bastioni, 7 | invaliden.invalidi-bk@pec.sabes.it | Tel. 0474 586 580
Merano | via Laurin, 24 | invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it | Tel. 0473 264 713
PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it
<http://www.sabes.it>
Regione soc.: Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Cod.fisc./P.IVA 00773750211

Allegato (Compilazione facoltativa)

Esercizio del Diritto di opposizione all'invio del nominativo e relativo indirizzo alle Associazioni rappresentative di categoria (sedi provinciali)

Il/la sottoscritto/a legale rappresentante:		
	(cognome)	(nome)
nato/a il	a	Prov.
Residente o domiciliato/a a.....	via	n.
codice fiscale	tel./cell.	

in qualità di

☐ genitore	☐ tutore	☐ procuratore	☐ amministratore di sostegno, autorizzato ai sensi del decreto di nomina a presentare la domanda
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	---

del paziente:		
	(cognome)	(nome)
Sesso ☐ m ☐ f nato/a il	a	Prov.
codice fiscale	tel./cell.	

ai sensi dell'art. 21, paragrafo 1 del Regolamento UE 2016/679, **si oppone** che a seguito del giudizio di invalidità/cecità/sordità il nominativo e l'indirizzo del paziente siano comunicati alle sedi provinciali delle Associazioni rappresentative di categoria, in ottemperanza alla Legge n. 183/2010 e alla Legge Provinciale n. 46/1978.

NOTA: l'invio dei dati personali all'Associazione rappresentativa di categoria NON implica un obbligo di iscrizione/tesseramento alla stessa.

....., il
(luogo e data)

.....
(firma)