

ai sensi dell'art. 14 della Legge Provinciale 21 agosto 1978, n. 46

Tel.:0471 43 9314 - 9279
Fax:0471 43 9292
E-mail: rekurse.ricorsi@sabes.it
Pec: rekurse.ricorsi@pec.sabes.it

Cognome Nome

Luogo di nascita Provincia Stato

Data di nascita . Codice fiscale

Residente a CAP Luogo Provincia

Via/piazza N.

Tel. / Cell. N. E-Mail

in qualità di ¹.....

contro il giudizio della commissione di 1° istanza per l'accertamento dell'invalidità civile, cecità e sordità, nei confronti di: (cognome e nome)
nato/a il [][]/[][]/[][][][], residente a, Via/Piazza
....., n., espresso nella visita del [][]/[][]/[][][][],
notificato il [][]/[][]/[][][][].

Per motivare il presente ricorso allego certificazione del medico specialista rilasciata da non più di 6 mesi.

¹ indicare se la dichiarazione è resa dal tutore o genitore di minore. Il tutore alleggi copia del decreto di nomina.

Delega

Delego il patronato sede di.....,
indirizzo PEC:, Tel. n.,
presso il quale eleggo domicilio a rappresentarmi ed assistermi a titolo per la presente domanda.

Indirizzo PEC

Richiedo che le comunicazioni inerenti al procedimento amministrativo in oggetto avvengano esclusivamente tramite Posta Elettronica Certificata (PEC).

Indirizzo PEC:

Il sottoscritto/La sottoscritta dichiara inoltre di aver preso conoscenza della specifica Informativa sul trattamento dei dati personali finalizzato alla “Istanza di ricorso ai sensi dell’art. 14 della Legge Provinciale n. 46/1978”.

--	--	--	--	--	--	--	--

Data

.....

Firma

Allegati

- Certificato rilasciato da un medico specialista da non più di sei mesi
- Copia del decreto di nomina del tutore (se pertinente)