

**Domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o dell'handicap e/o del collocamento mirato e/o cecità e/o sordità**

Il/la sottoscritto/a ..... (cognome) ..... (nome)

sexo  m  f nato/a il ..... a ..... Prov. ....

codice fiscale ..... tel./cell. ....

**c h i e d e**

di essere 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 civile** ai sensi della legge provinciale 21 agosto 1978, n. 46 \*  
Avvertenza: barrare la casella solo in caso di sordità presente alla nascita o insorta prima del compimento del 12° anno, altrimenti barrare la casella invalido civile.
- handicap (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 disabili**  
ai sensi del decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 convertito con modificazioni dalla legge 4 aprile 2012, n. 35  
NB: La condizione di intrasportabilità certificata non dà diritto al rilascio del beneficio.

**agevolazioni fiscali relative ai veicoli previste per le persone disabili**  
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 dichiara

ai sensi dell'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 civile **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 civile e/o cecità e/o sordità è possibile contrassegnare il seguente punto:

- richiedo il rilascio della tessera per persone con invalidità civile (sopra il 45%).

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

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

....., 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 all'assistito/all'assistita
2. Copia di un documento d'identificazione in corso di validità del/della richiedente
3. In caso di richiesta per "persona con handicap" ai sensi della legge n. 104/1992: questionario "Dichiarazioni personali ai fini dell'accertamento della situazione di handicap" debitamente compilato e firmato.

\* e successive modificazioni ed integrazioni

.....  
Laurinstr. 24 - 39012 Meran  
Tel. 0473 264713 -Fax 0473 264715  
<http://www.sabes.it> | [inval.me@sabes.it](mailto:inval.me@sabes.it)  
[invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it](mailto:invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it)  
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211

.....  
Via Laurin 24 - 39012 Merano  
Tel. 0473 264713 -Fax 0473 264715  
<http://www.sabes.it> | [inval.me@sabes.it](mailto:inval.me@sabes.it)  
[invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it](mailto:invaliden.invalidi-me@pec.sabes.it)  
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano  
Codice fiscale/P. IVA 00773750211