

**Alla commissione sanitaria per l'accertamento dell'invalidità civile
Comprensorio sanitario di Brunico- Servizio per l'igiene e la sanità pubblica
Vicolo dei Frati, 3 - 39031 BRUNICO**

Tel. 0474/586533 – FAX 0474/586531

ORARIO PER IL PUBBLICO: lunedì – venerdì 8.00 – 12.45
lunedì – giovedì 14.30 – 15.30

Domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo ai sensi della L.P. 21.08.1978, n. 46 e successive modifiche

Il/La sottoscritto/a, nato/a il
a (Prov.) residente a
via/piazza tel.

d i c h i a r a

in qualità di

TUTORE * **GENITORE**

di codice fiscale:
nato/a il a
(Prov.), e residente a via/piazza
..... ed è di cittadinanza

che la sua minorazione non è dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

e c h i e d e

di essere sottoposto/a ad accertamento sanitario da parte della commissione medica di cui all'art. 45 della L.P. n. 9 dell'11.08.98 per il riconoscimento dell'invalidità civile della cecità civile del sordomutismo.

Qualora ne sussistano i presupposti sanitari richiede inoltre (barrare la voce richiesta):

- di ottenere le relative prestazioni economiche
 di essere avviato al collocamento lavorativo mirato previsto per i disabili, prestando il proprio consenso espresso alla acquisizione diretta/trattamento dei dati riguardanti il suo stato di salute presso gli operatori del servizio sanitario.

.....
(firma per accettazione)

Si fa presente che possono essere eseguiti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni fornite e che ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sono previste sanzioni penali a carico di coloro che rilasciano dichiarazioni o autocertificazioni non rispondenti al vero.

Nel caso di trasmissione per posta, per fax o tramite terzi è necessario allegare fotocopia di un valido documento di identità.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003. Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. del 30.06.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) il sottoscritto dichiara di essere stato posto a conoscenza che i dati personali da lui inseriti nella domanda vengono raccolti e trattati dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per l'espletamento delle pratiche relative al riconoscimento dell'invalidità civile e degli eventuali benefici connessi; tali dati assieme a quelli della diagnosi e del grado di minorazione riscontrata vengono inseriti per via informatica nell'archivio degli invalidi civili della Provincia di Bolzano, trasmessi all'Ufficio Provinciale Soggetti Portatori di Handicap ed Invalidi Civili e all'Ufficio del Lavoro; vengono inoltre trasmessi privi della diagnosi e del grado di minorazione riscontrata alla sede di Bolzano dell'Associazione Nazionale mutilati e invalidi civili (ANMIC) ed altri enti con finalità pubblica. Il rifiuto di fornire i dati richiesti non consente di dar corso alla domanda presentata. I dati personali verranno trattati mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati raccolti. Il responsabile del trattamento dei dati è il direttore del servizio di igiene e sanità pubblica del comprensorio sanitario di Brunico. Il titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con sede a Bolzano, Via Cassa di Risparmio 4 (BZ). Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato posto a conoscenza che può chiedere, in ogni momento, quali sono i suoi dati personali conservati e come essi vengano utilizzati; può anche esercitare il diritto di correggerli, aggiornarli e di ottenere senza ritardo la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, come pure di esercitare gli ulteriori diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/03. Il/la sottoscritto/a dà il consenso al trattamento dei dati.

*** Il tutore allegghi copia autenticata del decreto di nomina.**

.....
(luogo e data)

.....
(firma)

ALLEGATI: Certificato medico relativo alla malattia, rilasciato da non più di sei mesi (in originale)