

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

Il/la sottoscritto/a (cognome) (nome)
sesso 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** 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.
- 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 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 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: | | | |
| <input type="checkbox"/> 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: |
| <input type="checkbox"/> richiedo il rilascio della tessera per persone con invalidità civile. |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 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 dell'handicap 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 handicap" ai sensi della legge n. 104/1992: questionario "Dichiarazioni personali ai fini dell'accertamento della situazione di handicap" compilato e firmato.

Allegato (Compilazione facoltativa)

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

| | |
|---|--------------------|
| Il/la sottoscritto/a | |
| (cognome) | (nome) |
| Sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> 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 proprio nominativo ed indirizzo 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)