

**Domanda per l'accertamento dell'invalidità civile e/o cecità civile e/o sordità  
e/o dell'handicap 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  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.
- 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:**

- 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 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 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

<input type="checkbox"/> genitore	<input type="checkbox"/> tutore	<input type="checkbox"/> amministratore di sostegno, autorizzato ai sensi del decreto di nomina a presentare la domanda
-----------------------------------	---------------------------------	---

del paziente: .....	.....	.....
	(cognome)	(nome)
sexo <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 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)