

**DICHIARAZIONE IN CASO DI IMPEDIMENTO ALLA DICHIARAZIONE ai sensi dell'art. 4 comma 2 del DPR 28/12/00, N. 445 (PUNTO 2)**

...I.....sottoscritto/a.....

in qualità di:

- coniuge  
 figlio/a  
 parente in linea retta/collaterale fino al terzo grado .....

**DICHIARA**

- a) che il sig./sig.ra.....si trova in una situazione di impedimento temporaneo alla presente dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute;  
b) che il/la medesimo/a:

-è nato/a a ..... il ..... codice fiscale.....  
-stato civile ..... professione.....;  
-è residente a ..... Via/Piazza ..... n.....;  
CAP ..... tel.....;  
- ha cittadinanza italiana;

- e) che le infermità per le quali si richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Data..... firma.....

**Allega copia di documento di identità o di riconoscimento del dichiarante e dell'interessato.**

**AVVERTENZE:**

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 75 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e fermo restando quanto stabilito in materia di dichiarazioni mendaci, qualora, in sede di controllo, emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, l'avente diritto decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato.

n dichiarante si impegna, inoltre, a dare immediata comunicazione di ogni variazione degli stati, qualità personali e fatti dichiarati agli Organi competenti.

**INFORMATIVA AI SENSI DELLA L. 31/12/1996, N. 675:**

Il trattamento dei dati personali conferiti viene effettuato nel rispetto di quanto stabilito dalla L. 31/12/96, n. 675 e successive modificazioni ed integrazioni, per le finalità specificatamente consentite dalle normative specificatamente previste in premessa.

I dati trattati saranno comunicati agli Organi ed alle Autorità competenti per legge.

In relazione agli stessi dati, il soggetto beneficiario è titolare dei diritti di cui all'art. 13 della richiamata L. n. 675/96 in base al quale l'interessato ha il diritto di conoscere i dati personali oggetto di trattamento, di ottenerne l'aggiornamento e/o la rettifica, di ottenere la cancellazione o la trasformazione in forma anonima dei dati trattati in violazione della normativa, nonché il diritto di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che lo riguardano.

Titolare del trattamento: dott. Augusto Cavina.

Responsabile del trattamento: dott. Andrea Minarini

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

- certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti\*  
 altra documentazione Integrativa:.....;  
 documento di identità o di riconoscimento come previsto ai punti (1), (2).

\*NOTA BENE: Il certificato medico da allegare necessariamente alla domanda deve esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione e deve contenere: per la *valutazione dell'aggravamento dell'invalidità e delle condizioni visive* (art. 11 D.Lgs. 509/88) ampia motivazione delle cause che hanno originato le modificazioni del quadro clinico preesistente; per il *riconoscimento della cecità civile* è richiesto un certificato di un medico specialista oculista attestante la cecità assoluta o un residuo visivo, non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione; per i *sordomuti* l'indicazione che la sordità non è di natura esclusivamente psichica.