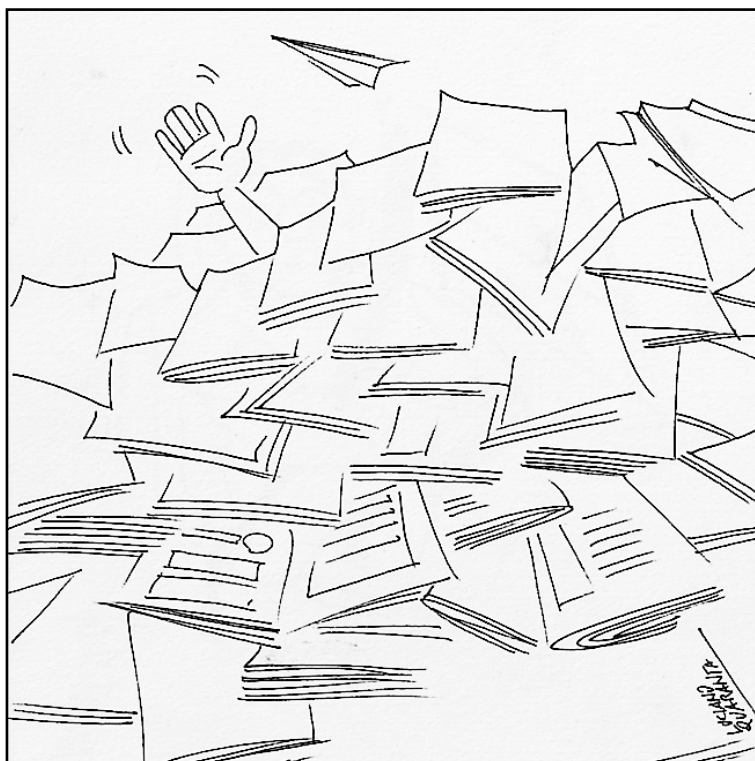


# MODULISTICA



**A**ttenzione: la modulistica di seguito riportata ha mero valore esemplificativo, pertanto il lettore è invitato a riscontrarne l'attualità e l'idoneità al raggiungimento degli scopi prefissosi e, ove necessario, è consigliabile avvalersi dell'assistenza dei patronati o professionisti competenti.

# Modello 1

1) ASSISTITO _____ TEL. _____ NATO A _____ il _____ A.U.S.L. / _____ RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____											
2) <b>PIANO RIABILITATIVO</b> (a norma art. 2 e 4 del D.M. n. 332/99)	SPAZIO RISERVATO ALLO SPECIALISTA AUSL CHE PRESCRIVE	3) <b>FORNITORE prescelto dall'assistito</b>	SPAZIO RISERVATO ALLA A.U.S.L. CHE AUTORIZZA								
A) Diagnosi circostanziata: _____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____ <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">FIRMA DELL'ASSISTITO</p> _____									
B) Programma terapeutico (tempi di impiego, controlli, variazioni, controindicazioni, significato riabilitativo fisico o psichico, ecc.): _____ _____ _____ _____ _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CODICE</th> <th style="width: 55%;">DESCRIZIONE</th> <th style="width: 10%;">Q.</th> <th style="width: 20%;">IMPORTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		CODICE	DESCRIZIONE	Q.	IMPORTO				
CODICE	DESCRIZIONE	Q.	IMPORTO								
C) Prescrizione dettagliata della protesi: _____ _____ _____ _____ _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 75%; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td style="text-align: center;">+ IVA 4%</td> </tr> </table>					+ IVA 4%				
	+ IVA 4%										
Cod. _____ Cod. _____ Cod. _____ Cod. _____ Cod. _____ Cod. _____		<b>AUTORIZZAZIONE:</b> A.U.S.L. _____ in relazione alla prescrizione di cui al punto 2 e al preventivo punto 3 si autorizza la fornitura/riparazione della protesi ortopedica per l'importo di L. _____ ( + IVA 4% ) _____ )									
<b>IL MEDICO PRESCRIVENTE                  DELLA A.U.S.L.                  (timbro e firma)</b>		<b>CON RISERVA DI PROPRIETA'</b> <b>IL FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO</b> (timbro e firma)									
Data _____		<b>IL RESPONSABILE</b> (timbro e firma) Data _____ Prot. N° _____									
<b>SPEDIZIONE.</b> Bolla di spedizione N° _____ del _____ Ufficio Postale _____		<b>COLLAUDO</b> (a norma dell'art.4 del D.M. n. 332/99) Data _____									
<b>COMUNICAZIONE DELL'AVVENUTA CONSEGNA</b> (a norma dell'art. 4 del D.M. n. 332/99)		<b>DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E DI GRADIMENTO</b>									
RACCOMANDATA N° _____ <b>L'OFFICINA ORTOPEDICA</b> UFF. POST. _____ Data _____		Data _____ <b>L'ASSISTITO</b> (o chi ne fa le veci) _____ Estremi docum. riconoscimento _____									
(1) Entro venti giorni dalla consegna del presidio l'invalide deve presentarsi presso la A.U.S.L. d'appartenenza per la verifica. Per i non deambulanti il collaudo potrà essere effettuato presso la struttura di ricovero o a domicilio dell'invalide.											
<b>VERIFICA</b> (a norma dell'art. 4 del D.M. n. 332/99) Giovedì successivo alla consegna - ore 16,00 - 18,00											

## Modello 2

Istante maggiorenne

All'Azienda Unità Sanitaria Locale ..... / .....  
Commissione Medica per l'Accertamento  
dell'Invalidità Civile  
Via .....

... l ... sottoscritt ..... nat... a ..... provincia di .....  
il..... residente in ..... provincia di .....  
via/piazza ..... n ..... c.a.p..... stato civile .....  
professione ..... tel ..... codice fiscale .....

### CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni - indicare ai soli fini - dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico  SI  NO
- cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni;
- sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni;
- persona *handicapata* - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104

(AVVERTENZE: barrare con una «X» la casella corrispondente al riconoscimento richiesto allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente prefettura che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alla minorazione riconosciuta.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

### DICHIARA

- a) di essere nat... a ..... provincia di ..... il .....
- b) di essere cittadin... italian...
- e) di essere residente in .....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:

- la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data .....  
da .....

- altra documentazione integrativa: .....

Data .....

FIRMA (1)

#### AVVERTENZE:

1) la dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della legge 11 maggio 1971, n. 390.

Dichiarante impossibilitato a firmare: (causa dell'impedimento) .....

1° Testimone ..... nato a .....  
il ..... residente in ..... via/piazza .....  
n. .... c.a.p. .... Documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

FIRMA

2° Testimone ..... nato a .....  
il ..... residente in ..... via/piazza .....  
n. .... c.a.p. .... Documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

Data .....

FIRMA

#### 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, di cui all'art. 11 del D.L.vo 23 novembre 1988, n. 509, 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 ad 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.

## Modello 3

Istante minore anni 18 o interdetto

All'Azienda Unità Sanitaria Locale ..... / .....  
Commissione Medica per l'Accertamento  
dell'Invalidità Civile

Data .....

Via .....

... I ... sottoscritt ..... nat... a .....  
il ..... residente in ..... provincia di .....  
c.a.p. .... via/piazza ..... n. .... tel. ....  
nella sua qualità di ..... del .....  
(interdetto o minore di anni 18) nat... a ..... il .....  
residente in ..... via/piazza .....  
n. .... c.a.p. .... codice fiscale .....

### CHIEDE

che il predetto venga sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24 dicembre 1993, n. 537, e del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni - indicare ai soli fini - dell'art. 1, comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico  SI  NO
- cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni ed integrazioni;
- sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni ed integrazioni;
- persona *handicappata* - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104

(AVVERTENZE: barrare con una «X» la casella corrispondente al riconoscimento richiesto allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione allo stato di invalidità civile o alla minorazione che sarà riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla competente prefettura che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale d'invalidità o alla minorazione riconosciuta.

Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusta il disposto dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

### DICHIARA

- a) di essere nat... a ..... provincia di ..... il .....
- b) di essere cittadin... italian...
- e) è residente in .....
- d) che le infermità per le quali richiede il riconoscimento dell'invalidità civile non dipendono da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Si impegna a dare immediata comunicazione di ogni variazione agli organi competenti.

Allega alla presente domanda:

- la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti rilasciata in data .....  
da .....
- altra documentazione integrativa: .....

.....  
FIRMA (1-2)

**AVVERTENZE:**

1) la dichiarazione di chi non sa o non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 5 della legge 11 maggio 1971, n. 390.

Dichiarante impossibilitato a firmare: (causa dell'impedimento) .....

1° Testimone ..... nato a .....  
il ..... residente in ..... via/piazza .....  
n. .... c.a.p. .... Documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

.....  
FIRMA

2° Testimone ..... nato a .....  
il ..... residente in ..... via/piazza .....  
n. .... c.a.p. .... Documento ..... n. ....  
rilasciato il ..... da .....

Data ..... .....

.....  
FIRMA

2) Specificare la qualità rivestita (legale, rappresentante o tutore - art. 3 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

**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, di cui all'art. 11 del D.L.vo 23 novembre 1988, n. 509, 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 ad 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.

## Modello 4

Alla Spett.le Commissione Medica A.U.S.L. .... / .....  
per l'Accertamento dell'Handicap, sancita dall'art. 4,  
della legge n. 104/92

Via ..... n. ....

Città .....

Il/La sottoscritt..... nat... a .....  
il ..... residente in ..... ,  
via ..... n. ...., in data .....  
è stato sottopost..... a visita medica collegiale da parte della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalità civile della A.U.S.L. .... / ..... ottenendo una percentuale d'invalità del .....%, essendo portatore di .....  
con la presente in virtù della legge n. 104/92 (legge quadro sull'*handicap*)

### CHIEDE

il riconoscimento dell'*handicap* (art. 3, comma 1) e la connotazione di gravità (art. 3, comma 3), indispensabile per usufruire del permesso retribuito (6° comma dell'art. 33).

..... li .....  
(data)

.....  
(firma)

## Modello 5

- All'Assessorato alla Sanità della Regione .....
  - Al Direttore Generale della A.U.S.L..... / .....
- LORO SEDI

Oggetto: diffida per il riconoscimento sanitario di soggetto portatore di *handicap*.

Il/La sottoscritt... ..  
nat... a ..... il .....  
residente a ..... ,  
avendo inoltrato in data ..... alla competente Commissione della  
A.U.S.L ..... / ..... istanza volta ad ottenere l'accertamento sanitario per il riconoscimento di  
soggetto con *handicap*, atteso che sono trascorsi tre mesi senza che detta commissione abbia fissa-  
to la data della visita, con la presente

### D I F F I D A

codesto Assessorato a fissare la data dell'accertamento entro 30 gg. dal ricevimento della presente.  
In attesa di riscontro nei modi e nei termini di legge, porge distinti saluti.

..... lí .....  
(data)

.....  
(firma)



## Modello 6

All'Assessorato alla Sanità della Regione .....  
Via ..... n. ....  
Città .....

Oggetto: diffida ai sensi dell'art. 3, comma 1, D.P.R. n. 698/94.

Il/La sottoscritt..... nat... a .....  
il ..... residente in ..... ,  
via ..... n. ...., avendo inoltrato  
in data ..... alla competente Commissione A.U.S.L ..... / ..... istanza  
volta ad ottenere l'accertamento sanitario dell'invalidità civile/della cecità civile/del sordomutismo,  
atteso che sono trascorsi tre mesi senza che la suddetta Commissione A.U.S.L. abbia fissato la data  
della visita medica, con la presente, ai sensi dell'art. 3 comma 1, del D.P.R. n. 698/94,

### D I F F I D A

codesto Assessorato a fissare la data dell'accertamento quanto prima.  
In attesa di riscontro nei modi e nei termini di legge, con l'occasione porgo distinti saluti.

..... lì .....  
(data)

.....  
(firma)

# Modello 7

*(da presentare in carta libera entro 60 gg. dalla notifica del verbale di visita)*

Al Ministero del Tesoro  
Commissione Medica Superiore  
e di Invalidità Civile  
Via Casilina, 3  
00182 ROMA

Oggetto: ricorso per maggiore valutazione del grado d'invalidità civile/cecità/sordomutismo.

Avverso il giudizio della Commissione Medica A.U.S.L./Commissione Medica Periferica per le Pensioni di Guerra e di Invalidità Civile/Commissione Medica INPS,

il/la sottoscritt... ..  
 nat... a ..... il .....  
 residente in ..... via ..... n. ....  
 sottopost..... a visita medica collegiale il ..... riconosciut...  
non riconosciut...  
 invalid... nella misura del ..... ai sensi dell'art. 3, del D.P.R. n. 698/94,

## R I C O R R E

al Ministro del Tesoro affinché venga riconosciuta una percentuale di invalidità superiore, atteso che la percentuale riconosciuta non è conforme alla patologia denunciata in relazione ai conseguenti benefici economici cui l'istante ha diritto.

Si allega a tale proposito idonea documentazione e si resta a disposizione per ogni eventuale accertamento ai fini di una più equa valutazione del grado d'invalidità.

In attesa di riscontro nei modi e nei termini di legge, si porgono distinti saluti.

..... li .....  
(data)

.....  
(firma)

---

**N.B.** decorsi inutilmente 180 giorni da tale ricorso, l'istante potrà rivolgersi al magistrato, a norma dell'art. 1/8, legge n. 295/90.

## Modello 8

Pretura di.....  
Al Signor Pretore .....  
quale Giudice del lavoro

Il sig. .... nato a ..... il .....  
res.te in ..... via ..... n. .... ed  
elettivamente domiciliato in ..... via .....  
n. .... presso lo studio dell'avv. ....  
che lo rappresenta e difende per delega a margine del presente atto

### P R E M E S S O

1) che il ricorrente giorno ..... presentava alla Commissione medica di 1° grado di ....., istanza per ottenere dal Ministero dell'Interno la pensione di inabilità / l'indennità di accompagnamento di cui alle leggi n. 118 del 30 marzo 1971, n. 18 dell'11 febbraio 1980 e successive modifiche;

2) che essendo ampiamente decorsi i 3 mesi previsti dall'art. 1, D.P.R. 698/1994, inutilmente e quindi in presenza del silenzio-rifiuto, il ricorrente con diffida inviata il ..... invitava l'Assessorato alla sanità, l'A.U.S.L...../..... o l'INPS, alla fissazione della visita ed ai provvedimenti ulteriori in ordine alla domanda anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 443 c.p.c., alla legge n. 295/1990 e successive modifiche;

3) che essendo decorsi inutilmente 9 mesi dalla istanza iniziale, la domanda giudiziale è procedibile ed ammissibile avendo il ricorrente esaurito ed espletato tutto l'iter amministrativo senza risultati di sorta;

4) che il ricorrente ha diritto alle provvidenze richieste in quanto è affetto da .....  
.....  
come si evince con chiarezza dalla consulenza in atti sottoscritta dal Dr./Prof. ....  
specialista in medicina legale e delle assicurazioni;

5) che ancora sussiste anche il requisito della impossidenza di redditi come si rileva dal verbale di ricevimento di dichiarazione effettuato avanti al Pubblico Ufficiale, pure allegato al presente ricorso, dalla data della domanda in poi il ricorrente non è ospite di Enti Ospedalieri od assimilati;

6) che quindi sussistono tutti i presupposti per il riconoscimento delle provvidenze richieste; tutto ciò premesso

## R I C O R R E

al Sig. Pretore di ..... in veste di Giudice del lavoro affinché ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 442 e segg. c.p.c., ammessi e valutati i mezzi istruttori richiesti, voglia accertare e dichiarare il diritto del ricorrente alla pensione di inabilità di cui alla legge n. 118/1971, all'indennità di accompagnamento di cui alla legge 18/1980 nelle misure, modalità e decorrenze previste dalle leggi e comunque al riconoscimento dello *status* di invalido civile nei termini che valuterà il C.T.U. Per l'effetto condannare il Ministero dell'Interno e/o la regione ..... o l'INPS a versare quanto suddetto inclusi i ratei già scaduti e computandosi gli interessi legali fino al saldo effettivo. Con vittoria di spese, competenze ed onorari e sentenza munita di clausola di provvisoria esecutorietà. In via istruttoria si chiede la nomina di un consulente tecnico di ufficio specialista nel ramo, per accertare i requisiti medico-legali di legge. Si allegano depositandoli in uno con il presente ricorso i seguenti documenti:

- a) copia della domanda iniziale del ..... e ricevuta alla Commissione di 1° grado;
- b) ricorso e atto stragiudiziale di diffida del .....
- c) consulenza medico-legale sottoscritta dal Dr./Prof. ....  
con annessa documentazione medica ivi descritta;
- d) verbale di ricevimento di dichiarazione avanti il Pubblico ufficiale del .....

..... lì .....

Avv. ....

---

**Attenzione:** per la compilazione del suddetto modello è utile avvalersi di una consulenza professionale. Alcune Associazioni di categoria si sono dotate di un proprio legale (es. A.I.STOM., UILDM, ecc. ecc.)

# Modello 9

## SCHEMA DI DOMANDA PER IL DECLASSAMENTO (da prodursi in carta libera)

Alla Commissione Medica Invalidi Civili della  
Azienda Unità Sanitaria Locale ...../.....  
Via ..... n.....  
C.A.P. .... Città .....

Il/La sottoscritt.....  
nat... a ..... residente in .....  
sottopost ... a visita medica collegiale il .....  
riconosciut ..... invalid ..... civile nella misura del .....

### CHIEDE

di essere sottopost... a visita medica, da parte di questa Commissione Medica per il riesame delle proprie condizioni sanitarie, notevolmente migliorate, al fine di un eventuale declassamento.

..... l' .....  
(data)

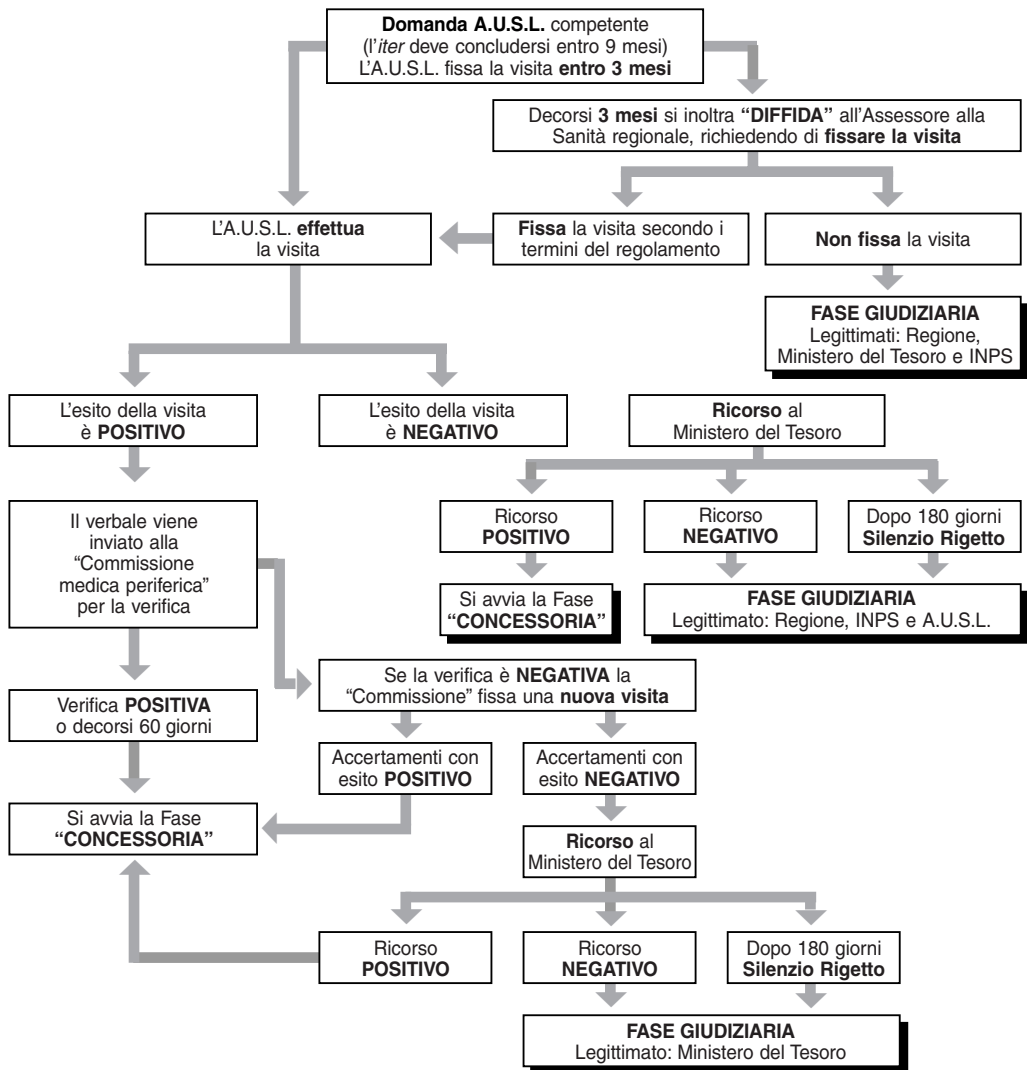
.....  
(firma)

---

**Allegati:** certificato medico attestante il miglioramento delle precedenti infermità e copia del verbale medico, attestante il precedente riconoscimento.

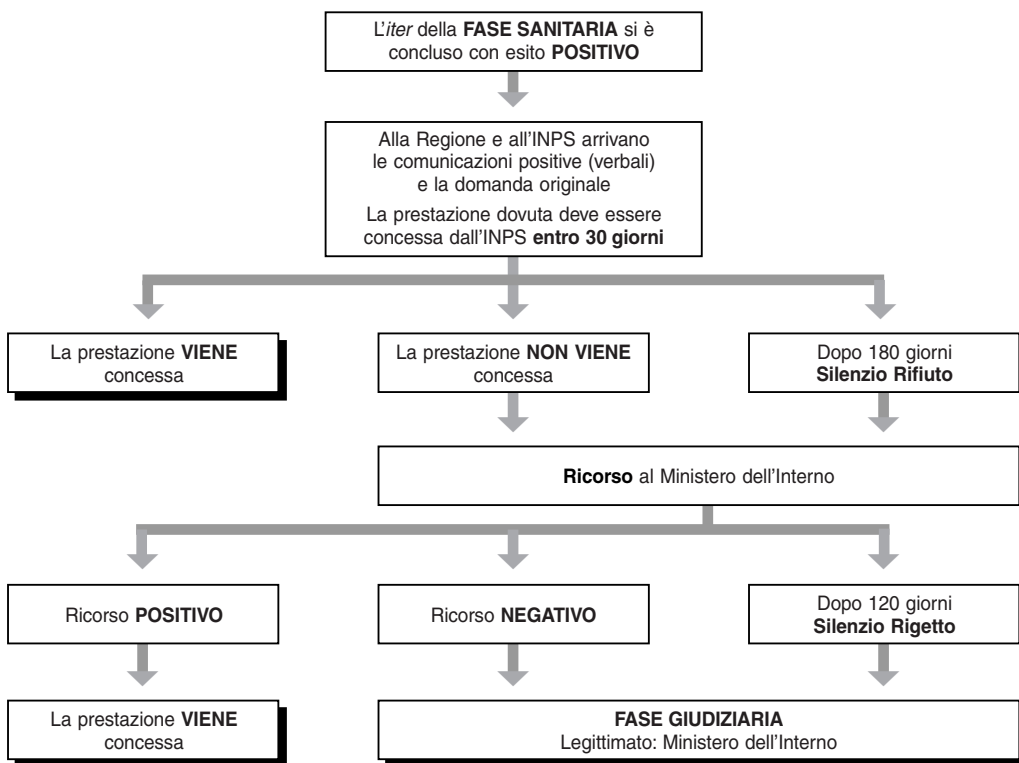
# Modello 10 (D.P.R. n. 698/94)

## SCHEMA FASE "ACCERTAMENTI SANITARI"



# Modello 11 (D.P.R. n. 698/94)

## SCHEMA FASE “CONCESSORIA” DI PRESTAZIONI



# Modello 12

RACCOMANDATA A/R

Alla Commissione Medica Invalidi Civili della  
Azienda Unità Sanitaria Locale ...../.....  
Via ..... n. ....  
Città .....  
..... li .....

Oggetto: urgenza visita medica

Il/La sottoscritt... ..... nat... a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n. .... tel. ....  
in virtù del Decreto Ministero del Tesoro n. 387, del 5 agosto 1991, articolo 3 comma 1, stante la  
mia età e le mie precarie condizioni di salute (vedere documentazione medica allegata), con la pre-  
sente

C H I E D E

di essere sottopost... a visita medica collegiale con la massima sollecitudine.  
Con l'occasione, cordiali saluti.

firma

.....



## Modello 13

All'Azienda/Amministrazione

.....

Via .....

Città .....

Oggetto: agevolazioni ai sensi dell'art. 33,  
1° e 2° comma, della legge n. 104/92.

Il/La sottoscritt .....  
in qualità di dipendente di codesta Azienda/Amm.ne dal .....  
padre/madre del minore o chi l'assiste .....,  
nato/a ..... il .....  
trovandosi nelle condizioni previste dalla legge n. 104/92,

### CHIEDE DI FRUIRE

- (1) del prolungamento dell'astensione facoltativa (art. 33 comma 1) ovvero in alternativa
- (2) dei permessi giornalieri retribuiti di due ore (art. 33 comma 2) per i periodi dal ..... / ..... / .....  
al ..... / ..... / .....

### DICHIARA

che il bambino non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati e che l'altro genitore o chi  
l'assiste nome ..... cognome .....  
dipendente dell'Azienda/Amministrazione .....  
non beneficia delle predette agevolazioni.

data ..... firma del richiedente ..... firma dell'altro coniuge o di chi l'assiste  
..... lì ..... .....

---

#### **N.B. in allegato:**

- A) certificato dell'A.U.S.L., o del medico specialista, di cui all'art. 4 comma 1, della legge n. 104/92;
- B) dichiarazione sostitutiva d'atto notorio attestante che il bambino non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati o dichiarazione degli organi dell'A.U.S.L. che assistono il minore.

## Modello 14

All'Azienda/Amministrazione

.....

Via .....

Città .....

Oggetto: agevolazioni ai sensi dell'art. 33,  
3° comma, della legge n. 104/92.

Il/La sottoscritt .....

in qualità di dipendente di codesta Azienda/Amm.ne dal .....

padre/madre/familiare o chi assiste il soggetto *handicappato*:

nome ..... cognome ..... nato a ..... il .....

trovandosi nelle condizioni previste dalla legge n. 104/92,

### CHIEDE DI FRUIRE

dei tre giorni di permesso mensile o sei mezza giornate, retribuite dall'INPS:

dal ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....

### DICHIARA

che il soggetto *handicappato* non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati e che:

(1) l'altro genitore o chi l'assiste .....

è dipendente dell'Azienda/Amministrazione .....

e non beneficia della predetta agevolazione;

(2) che si ha la capacità di assisterlo

data ..... firma del richiedente ..... firma dell'altro coniuge o di chi l'assiste

..... lì ..... .....

### **N.B. in allegato:**

A) certificato della A.U.S.L. o del medico specialista di cui all'art. 4, comma 1, della legge n. 104/92;

B) certificazione attestante che la persona *handicappata* non è ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati (dichiarazione sostitutiva d'atto notorio; dichiarazione degli organi della A.U.S.L. che assistono il minore);

C) certificato di stato di famiglia e di residenza o autocertificazione (leggi n. 15/68, 127/97 e D.P.R. n. 403/98).

## Modello 15

All'Azienda/Amministrazione

.....

Via .....

Città .....

Oggetto: agevolazioni ai sensi dell'art. 33, 6° comma, della legge n. 104/92.

Il/La sottoscritt .....

dependente di codesta Azienda/Amm.ne dal .....

portatore di *handicap* in connotazione di gravità, come da documentazione allegata,

### CHIEDE DI FRUIRE

dei permessi giornalieri e/o mensili retribuiti dall'INPS:

per i periodi dal ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....

..... lì .....

firma del richiedente

.....

---

**N.B.:** in allegato certificato rilasciato dall'A.U.S.L., o dal medico specialista, di cui all'art. 4 comma 1, della legge n. 104/92.

# Modello 16 / Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale

## FORNITURA GRATUITA DEI LIBRI DI TESTO

Dichiarazione sostitutiva a norma della legge n. 15/68 per la determinazione della situazione economica equivalente utile per ottenere la fornitura gratuita o semi gratuita dei libri di testo.

### Generalità del richiedente

NOME		COGNOME																		
CODICE FISCALE																				

### Residenza anagrafica

VIA/PIAZZA		N. CIVICO	
COMUNE		PROVINCIA	

### Generalità dello studente

NOME		COGNOME	
CLASSE FREQUENTATA			

### Situazione economica del nucleo familiare

#### A - SITUAZIONE ECONOMICA

La situazione economica si ottiene sommando:

- a) tutti i redditi netti dei diversi componenti il nucleo familiare quali risultanti dalle dichiarazioni dei redditi o, in mancanza di obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi, dall'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali;

L.....

- b) il reddito delle attività finanziarie.

L.....

## B - DETRAZIONI

Importi che possono essere detratti dalla somma del punto A

2.500.000 - Nucleo familiare residente in abitazione in locazione e non possessore di altri immobili adibiti ad uso abitativo o residenziale nel comune di residenza.

(Non può essere detratta alcuna cifra nel caso in cui il canone di locazione è corrisposto a società le cui quote sono intestate, in tutto o in parte, a membri del nucleo familiare).

L.....

3.500.000 - Nucleo familiare residente in abitazione in locazione e non possessore di altri immobili adibiti ad uso abitativo in altri comuni.

(Non può essere detratta alcuna cifra nel caso in cui il canone di locazione è corrisposto a società le cui quote sono intestate, in tutto o in parte, a membri del nucleo familiare).

L.....

1.000.000 - Per il secondo figlio.

L.....

1.500.000 - Per il terzo figlio.

L.....

2.000.000 - Per ciascun figlio successivo al terzo.

L.....

2.000.000 - Per ciascun componente del nucleo (esclusi i figli) a carico del richiedente.

L.....

3.000.000 - Nel caso si tratti di invalido totale.

L.....

2.000.000 - Per ciascun figlio riconosciuto con handicap grave (art. 3 comma 3, legge 5/2/1992, n. 104) o con invalidità superiore al 66%.

L.....

2.000.000 - Nel caso in cui ad uno dei genitori sia stata riconosciuta una situazione di handicap o invalidità tale da determinare una impossibilità di produzione di reddito.

L.....

TOTALE PUNTO B

L.....

## C - SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE

Sottrarre dall'importo del punto A il totale del punto B.

L.....

Il richiedente dichiara di aver conoscenza che, nel caso di corresponsione dei benefici, si applica l'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 in materia di controllo della veridicità delle informazioni fornite.

Firma del richiedente

Data .....

.....

# Modello 17

in bollo da L. 20.000

Alla Commissione Medica Prov.le Patenti Guida  
c/o Ufficio Provinciale Coordinamento AA.UU.SS.LL.  
Via ..... n. ....  
Città .....

Il/La sottoscritt... ..  
nat.. a ..... il .....  
residente a ..... in via .....

## CHIEDE

di essere sottopost... a visita medica per la riclassificazione della patente auto da B a B/speciale e/o di ottenere l'esenzione dall'obbligo di indossare la cintura di sicurezza.

..... lí .....

firma

.....

## Modello 18 / Fonte Ministero delle Finanze

### ACQUISTO DI AUTO NUOVA CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA

#### Autocertificazione sottoscritta dal disabile

Il (la) sottoscritt....., nat... il .....  
a ....., (prov.....) residente in .....  
....., via .....  
Cod. Fisc....., ai fini dell'acquisto agevolato del  
veicolo adattato/con cambio automatico targato .....

#### D I C H I A R A

**sotto la propria responsabilità**, ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 15/68 e D.P.R. n. 403/98:  
*(barrare le ipotesi che ricorrono cancellando le altre)*

- di essere stato riconosciuto disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104/92, affetto da patologia riguardante gli arti inferiori, e comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti, essere privi della vista e sordomuti, così come risulta dalle certificazioni a suo tempo rilasciate dagli uffici pubblici competenti, comprese le Commissioni mediche pubbliche diverse da quelle previste dalla legge n. 104/99, come quelle di invalidità civile, per lavoro, di guerra o dell'INPS (1).
- che nel corso dei quattro anni anteriori alla data del..... (2) non è stato acquistato altro veicolo con lo stesso tipo di agevolazione.
- di essere, in quanto possessore di reddito lordo non superiore a L. 5.500.000, fiscalmente a carico del familiare di seguito indicato, secondo quanto risulta dall'ultima dichiarazione dei redditi da questi presentata (articolo 1, lettera b, D.P.R. n. 403/98)

Nome del familiare ..... C.F. ....

**Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 26 della legge n. 15/68, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza dell'articolo 11 del D.RR. n. 403/98.**

Firma del disabile

Data .....

Spazio per l'autenticazione della sottoscrizione

Ufficio di .....

Attesto che il dichiarante sig.....

identificato mediante documento di riconoscimento .....

rilasciato da .....

in data ..... ha reso in mia presenza la suesesa dichiarazione

Il funzionario incaricato

.....



- (1) Nei casi dubbi (cioé, secondo la circolare n. 186/E del 15/7/98, quando si tratta di patologie che non colpiscono gli arti inferiori, la cecità ed il sordomutismo), non è possibile autocertificare il diritto all'esenzione, essendo necessaria una valutazione medica apposta da parte della competente A.U.S.L. che certifichi un tipo di patologia comportante "ridotte o impedito capacità motorie permanenti", ciechi e/o sordomuti, nei casi di cambio automatico, prescriva la guida con tale tipo di adattamento (una volta ottenuta tale attestazione il disabile potrà sempre in seguito "autocertificarne" il contenuto).
- (2) Indicare la data di immatricolazione dell'autovettura.



## Modello 19 / Fonte Ministero delle Finanze

### ESENZIONE DAL BOLLO AUTO O DALL'IMPOSTA DI TRASCRIZIONE (VEICOLO INTESSTATO AL DISABILE) (1)

All'Ufficio delle Entrate di  
Via .....

Alla Direzione Regionale delle  
Entrate Sezione Staccata di  
Via .....  
Città .....

IN CARTA SEMPLICE

**OGGETTO:** Veicolo targato: ..... - Esenzione per disabili. - 1° anno .....

Il (la) sottoscritt....., nat... il .....  
a ....., (prov.....) residente in .....  
....., via .....

C H I E D E

il riconoscimento d'ufficio dell'esenzione spettante sulla base dei seguenti documenti allegati:  
(barrare le ipotesi che ricorrono cancellando le altre)

- fotocopia della carta di circolazione, da cui risulta che il veicolo è dotato di cambio automatico/ovvero adattato in funzione della minorazione fisico-motoria, visiva ed uditiva;
- fotocopia della patente di guida speciale (o, in mancanza, di altro documento di identità non scaduto);
- fotocopia del numero di codice fiscale attribuito dall'amministrazione finanziaria;

- certificazione rilasciata dalla competente A.U.S.L., attestante che il sottoscritto è affetto da patologia comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti, essere cieco e/o sordomuto, ovvero (in alternativa);
- autocertificazione sottoscritta in calce, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, e da considerare parte integrante della presente istanza, ai sensi dell'art. 2. comma 10 e 11 della legge 191/98.

Firma del disabile

.....

**Autocertificazione**

**Il sottoscritto, richiedente l'esenzione di cui sopra, dichiara sotto propria responsabilità,** ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 15/68 e D.P.R. n. 403/98 di essere stato riconosciuto disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104/92, affetto da patologia riguardante gli arti inferiori, e comportante **ridotte o impedito capacità motorie permanenti, essere cieco e/o sordomuto**, così come risulta dalle certificazioni a suo tempo rilasciate dagli uffici competenti, comprese le Commissioni mediche pubbliche diverse da quelle previste dalla legge n. 104/92, come quelle di invalidità civile, per lavoro, di guerra o dell'INPS (2).

**Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 26 della legge n. 15/68, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace, dopo i controlli che il competente ufficio si riserva di attivare, in forza dell'articolo 11 del D.P.R. n. 403/98.**

Firma del richiedente

Data .....

- (1) Va presentata anche mediante raccomandata AR, all'Ufficio delle Entrate e/o alla Sezione staccata della Direzione Regionale delle Entrate.
- (2) Nei casi dubbi (cioè, secondo la circolare n. 186/E del 15/7/98, quando si tratta di patologia che non colpiscono gli arti inferiori, la cecità ed il sordomutismo), è sempre necessaria una valutazione apposita da parte della competente A.U.S.L. che certifichi un tipo di patologia comportante cecità, sordomutismo e/o "ridotte o impedito capacità motorie permanenti", e, nei casi di cambio automatico, prescriva la guida con tale tipo di adattamento. Qualora una certificazione in questi termini sia stata a suo tempo rilasciata, è possibile "autocertificarne" l'attestazione, sempre al fine di poter evitare l'allegazione del certificato in originale.

Modello 20

parcheeggio invalidi  
concessione n. ....



nome .....

indirizzo .....

comune .....

il sindaco .....

# Modello 21

Al Sig. Sindaco del Comune di .....

Via .....

Città .....

Il/La sottoscritt... ..

nat... a ..... il .....

residente a ..... in via .....

## CHIEDE

di ottenere in considerazione delle mie limitate e/o ridotte capacità motorie, nonché precarie condizioni di salute, il rilascio dell'apposito **"contrassegno"** per il diritto alla sosta ed alla circolazione in zone di divieto (D.P.R. n. 495/92; art. 28 della Legge n. 104/92; art. 12 del D.P.R. n. 503/96).

..... lí .....

firma

.....

---

**N.B.:** in allegato autocertificazione o certificato di residenza in carta semplice con relativa certificazione medica probatoria.

## Modello 22

(da prodursi in carta libera)

Al Sig. Sindaco del Comune di .....

Al Responsabile dell'Ufficio Tributi del Comune del  
Comune di .....

LORO SEDI

..... lí .....

Oggetto: applicazione D.L. n. 507/93.

Ill.mo Sig. Sindaco

Il/La sottoscritt..... nat... a .....

il ..... residente in .....

via..... n. ...., con la presente in virtù  
dell'art. 49 (comma 1 lettera g), del D.L. n. 507/93 (in S.O.G.U. n. 288/93),

C H I E D E

di essere esonerat..... dal pagamento della tassa inerente il passo carrabile, posto al numero  
civico ..... della suddetta via.

In virtù dell'art. 51

C H I E D E

oltresì il rimborso dei tre anni precedenti la presente domanda, nei modi e nei termini sanciti dalla  
legge (interessi semestrali del .....% e la conclusione dell'*iter* burocratico entro e non oltre novanta  
giorni, a partire dalla suddetta data (comma 6, dell'art. 51).

Come si può evincere dalla documentazione allegata, sono portatore di .....  
con annesse complicanze, nonché riconosciuto portatore di *handicap* (legge n. 104/92).

Il rimborso richiesto è di L. .... per l'anno ..... ; L. .... per  
l'anno ..... ; L. .... per l'anno ..... , per un totale di L. ....  
interessi legali esclusi.

In attesa, porgo distinti saluti.

.....  
(firma)

---

**N.B.:** in allegato documenti probatori.

## Modello 23

Al Comune di .....

Ripartizione Tributi Settori ICI

Via .....

Città .....

### AUTOCERTIFICAZIONE

(Richiesta di agevolazione di aliquota e detrazione ICI)  
(Legge 127/97 e successive modificazioni e integrazioni)

Il sottoscritto .....

nato a ..... il .....

residente in .....

via ..... Cod. Fisc. ....

consapevole delle responsabilità cui andrebbe incontro in caso di dichiarazione mendace,

### D I C H I A R A

- che l'immobile ubicato in ..... Via .....  
è l'unica proprietà in suo possesso e costituisce l'abitazione principale.
- che l'immobile non è soggetto a locazione.
- che il reddito complessivo annuo lordo del proprio nucleo familiare, come definito ai fini IRPEF, conseguito nell'anno precedente è di L. ....  
(N.B.: il reddito previsto per l'agevolazione deve essere di L. 14.000.000, maggiorabile di L. 1.600.000 per ogni persona fiscalmente a carico)

Pertanto dichiara di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- 1) Di essere titolare di pensione e di essere in condizione non lavorativa.
- 2) Che nel nucleo familiare è presente un invalido o portatore di *handicap* con invalidità non inferiore al 75% risultante dal certificato di riconoscimento di invalidità rilasciato dalle competenti strutture pubbliche, ovvero da .....
- 3) Di essere disoccupato da almeno sei mesi e regolarmente iscritto nelle liste di collocamento e che lo stato di disoccupazione è in atto dal 1° gennaio 2000.

### C H I E D E

Gli venga riconosciuto il diritto alla maggiore detrazione di L. 400.000 = perché .....  
..... come al punto ..... sopra indicato

La Pubblica Amministrazione si riserva di effettuare le opportune verifiche per controllare la rispondenza delle dichiarazioni rese.

La presente autocertificazione ha validità annuale.

In fede

..... lì .....

.....

# Modello 24

Al Ministero della Difesa  
Direzione Generale della Leva  
P.le Konrad Adenauer  
00144 ROMA

Oggetto: assegnazione in sede desiderata.

Il sottoscritto .....  
nato il ..... a .....  
e residente a ..... in via .....  
..... n. ....

## CHIEDE

di essere assegnato in un ente di stanza in .....

poiché si trova nella seguente situazione:  
(contrassegnare le voci che interessano)

- ammogliato;
- figlio unico convivente di padre/madre celibe/nubile, o vedovo/vedova, o legalmente separato/a, o divorziato/a, sempre che nella località di residenza non siano presenti altri figli maggiorenni, anche se coniugati;
- figlio unico di madre/padre nubile/celibe;
- figlio o fratello convivente di familiare affetto da gravissima malattia documentata;
- fratello di militare alle armi, purché non volontario, da meno di otto mesi ed in servizio al di fuori della regione di residenza della famiglia di origine;
- fratello unico di soggetto portatore di grave *handicap* che lo renda non autosufficiente;
- studente che debba sostenere non più di due esami e la tesi di laurea nella sede universitaria richiesta;
- laureato ammesso al dottorato di ricerca nella sede universitaria richiesta;
- laureato iscritto ad un corso universitario di specializzazione nella sede universitaria richiesta;
- titolare di attività lavorativa autonoma che comporti la frequente presenza dell'interessato;
- militare che esercita funzioni pubbliche in cariche amministrative;
- comprovati motivi familiari o personali, non riconducibili ad una delle situazioni precedenti e da valutare di volta in volta.

Si allega la seguente documentazione:

.....  
.....  
.....

..... lí .....

.....  
firma leggibile  
.....