

DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELL' HANDICAP (LEGGE 5 FEBBRAIO 1992 N. 104)

Si prega di porre la massima attenzione nella lettura, compilando tutte le parti del modulo in maniera chiara e leggibile (la presente modulistica deve essere utilizzata per le richieste finalizzate all'assistenza prestata a familiari/parenti/affini)

Il/la sottoscritto/a _____	
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 DICHIARA di essere:	
nato/a a _____	il _____
residente a _____	via _____ n° _____
domiciliato/a a _____	via _____ n° _____
telefono _____	codice fiscale _____

(dati anagrafici del richiedente i benefici)

CHIEDE

che venga sottoposto ad accertamento sanitario il genitore/figlio/parente/affine entro il 3° grado:

Il/la Signor/a _____	
nato/a a _____	il _____
residente a _____	via _____ n° _____
domiciliato/a a _____	via _____ n° _____
telefono _____	codice fiscale _____

(dati anagrafici del soggetto da sottoporre ad accertamento sanitario)

al fine di ottenere i benefici previsti:

- dall'art. 33 comma 1-2** (prolungamento fino a tre anni del periodo di astensione facoltativa dal lavoro o in alternativa due ore di permesso giornaliero retribuito per assistenza a minori di anni 3)
- dall'art. 33 comma 3** (tre giorni di permesso mensile)
- dall'art. 33 comma 5** (diritto di scegliere la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio o non essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede)

Altri benefici assistenziali _____

Comunica che il motivo di presentazione della domanda è il seguente:

e che la persona da sottoporre ad accertamento sanitario (*barrare obbligatoriamente*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> non è ricoverata a tempo pieno | <input type="checkbox"/> è ricoverata a tempo pieno |
| <input type="checkbox"/> non è convivente con il dichiarante | <input type="checkbox"/> è convivente con il dichiarante |

Allega al riguardo i seguenti documenti:

- **CERTIFICATO MEDICO (in originale o in copia autentica, rilasciato in data non antecedente ai sei mesi dalla data di presentazione della domanda) attestante la natura della propria malattia redatto, se possibile, dal medico specialista che ha in carico la persona nel quale sia riportato un breve resoconto anamnestico, siano descritte le menomazioni nonché le relative disabilità e sia individuato il progetto di cura del disabile nonché gli obiettivi concreti che il beneficio/agevolazione assistenziale richiesto intende perseguire;**
- fotocopia dell'eventuale verbale di riconoscimento di invalidità dipendente da cause civili (di invalidità civile, di cecità civile, di sordomutismo), da causa di lavoro, di servizio e di guerra;
- eventuale relazione del servizio sociale nel caso in cui il soggetto sia a carico del medesimo nel quale si forniscano gli elementi (familiari, lavorativi, sociali e relazionali) utili alla conoscenza ed al corretto inquadramento del caso;

Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs 30.06.2003 n. 196).

Ai sensi dell'art. 13 del Codice il sottoscritto dichiara di essere stato informato che i dati identificativi inseriti nella domanda sono raccolti e trattati dall'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento* all'interno del procedimento finalizzato al riconoscimento dell'handicap e dei benefici connessi; tali dati, insieme a quelli diagnostici ed alla disabilità riconosciuta, sono inseriti nella procedura informatica dell'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento*. L'eventuale rifiuto, anche parziale, a fornire i dati richiesti, preclude l'attivazione del procedimento. I dati personali e sanitari verranno trattati in modo lecito, nel rispetto delle misure atte a garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. Il sottoscritto dichiara di essere stato informato del diritto ad ottenere in ogni momento la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, della forma di utilizzo e di conservazione degli stessi, dei soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati debbono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza (in presenza di mandato di rappresentanza conferito ad Istituti di Patronato e/o Associazioni di categoria rappresentative degli invalidi, copia del verbale di accertamento sanitario dell'handicap viene trasmesso agli stessi privo dei dati sanitari), del diritto di integrazione, rettifica, aggiornamento, cancellazione o trasformazione in forma anonima o blocco dei dati trattati in violazione di legge e delle ulteriori disposizioni di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Il titolare del trattamento dei dati è l'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento* e responsabile del trattamento è il Direttore della Direzione Igiene e Sanità Pubblica.

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE I BENEFICI DI LEGGE

FIRMA DELLA PERSONA DA SOTTOPORRE AD ACCERTAMENTO*

**Informazioni per la firma.*

- 1) Se il soggetto da sottoporre ad accertamento è **minore** firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (**D.P.R. 445/2000 art. 5**).
- 2) Se il soggetto da sottoporre ad accertamento è **interdetto/inabilitato** firma il tutore/curatore (**D.P.R. 445/2000 art. 5**).
- 3) Se il soggetto da sottoporre ad accertamento si trova **impossibilitato a firmare per motivi di salute** firmano il coniuge o in sua assenza, i figli o altri parenti in linea retta o collaterale fino al 3° grado (**D.P.R. 445/2000 art. 4, c. 2**) e **allegano** la fotocopia del proprio documento di identità oltre a quello della persona a cui la domanda si riferisce.

Nel caso in cui la presente istanza non sia sottoscritta direttamente in presenza del personale addetto a riceverla è necessario allegare la fotocopia di un documento di identità.