

Alla Commissione Sanitaria di cui alla L. n. 104/92  
Azienda Sanitaria di Bolzano  
Servizio di Medicina Legale  
Via Amba Alagi 33 - 39100 BOLZANO  
Tel.0471 909280-82-97 Fax 0471 909281

An die Ärztekommision im Sinne des Gesetzes Nr. 104/92  
Sanitätsbetrieb Bozen  
Rechtsmedizinischer Dienst  
Amba-Alagi-Str. 33 - BOZEN  
Tel. 0471 909280-82-97 FAX 0471 909281

**DOMANDA PER OTTENERE L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP ai sensi dell' articolo 3, comma 1 della legge 5 Febbraio 1992, n. 104 (legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate)**

**ANFRAGE ZUR FESTSTELLUNG DER BEHINDERUNG im Sinne des Art. 3, Absatz 1 des Gesetzes vom 5. Februar 1992, Nr. 104 (Rahmengesetz für die Betreuung, die soziale Integration und die Rechte der behinderten Personen)**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
via/p.za ..... Tel. ....  
**in qualità di**  **genitore**  **tutore \***  
di .....  
nato/a a ..... il .....  
il residente a .....  
via/p.za .....

Der/die unterfertigte .....  
geb. in ..... am .....  
wohnhaft in .....  
Str./Pl. .... Tel. ....  
**in der Eigenschaft als**  **Elternteil**  **Vormund\***  
von .....  
geb. in ..... am .....  
wohnhaft in .....  
Str./Pl. ....

**ch i e d e**

per conto della persona soprannominata che essa venga sottoposta all'accertamento dell'handicap da parte della commissione medica di cui all'articolo 4 della legge n. 104/92

**e dichiara che la persona**

è stato/a riconosciuto/a  invalido/a civile  cieco/a civile  
 sordomuto/a dalla

competente commissione sanitaria in data: .....  
**(allegare la relativa certificazione)**

non è stato/a mai riconosciuto/a invalido/a civile  
**(allegare certificazione medica rilasciata da non più di sei mesi, relativa alla minorazione fisica, psichica o sensoriale)**

è stato/a riconosciuto/a  invalido/a di guerra  per lavoro  
 per servizio  
**(Allegare la relativa certificazione)**

**Dichiaro inoltre di essere informato del fatto che i dati qui raccolti saranno utilizzati esclusivamente ai fini della trattazione della presente domanda, nel rispetto delle prescrizioni relative alla tutela dei dati personali di cui alla legge n. 675/96.**

Si fa presente che possono essere eseguiti controlli sulla veridicità delle dichiarazioni fornite e che ai sensi del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sono previste sanzioni penali a carico di coloro che rilasciano dichiarazioni o autocertificazioni non rispondenti al vero.

Nel caso di trasmissione per posta, per fax o tramite terzi è necessario allegare fotocopia di un valido documento di identità (parte interna).

luogo e data .....

firma .....

\*Allegare copia del decreto di nomina

**e r s u c h t**

um Feststellung der Behinderung der obgenannten Person durch die im Art. 4 des Gesetzes Nr. 104/92 vorgesehene Ärztekommision

**und erklärt dass die obgenannte Person**

bereits von der zuständigen Ärztekommision am .....  
..... als

Zivilinvalide/in  Zivilblinde/r oder  Taubstumme/r anerkannt worden ist  
**(Entsprechende Dokumentation)**

nicht als Zivilinvalide/in anerkannt worden ist  
**(ärztliches Attest, ausgestellt vor nicht mehr als sechs Monaten, betreffend die physische, psychische oder sensorielle Behinderung)**

als  Kriegsinvalide  Arbeitsinvalide  Dienstinvalide anerkannt worden ist  
**(die entsprechende Bestätigung beilegen)**

**Ich bin darüber informiert, daß die hier erhobenen Daten ausschließlich zur Bearbeitung des vorliegenden Ansuchens, in Anbetracht der Vorschriften über den Schutz der persönlichen Daten laut Gesetz Nr. 675/96 verwendet werden.**

Man macht darauf aufmerksam, dass Kontrollen bezüglich der gelieferten Erklärungen durchgeführt werden können und laut D.P.R. vom 28.12.2000 Nr. 445 strafrechtliche Sanktionen für falsch abgelegte Selbstbescheinigungen bzw. Erklärungen vorgesehen sind.

Bei Übermittlung mit der Post, mit Fax oder durch dritte Personen ist es notwendig, eine Ablichtung des gültigen Personalausweises beizulegen (Innenseite).

Ort und Datum .....

Unterschrift .....

\* Kopie des Ernennungsdekretes beilegen

**DICHIARAZIONE AI SENSI DELL'ART. 4  
DEL D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto, .....  
nato il ..... a .....  
residente a .....  
in Via .....,

**dichiara**

nella sua qualità di  
 coniuge  
 figlio/a (se il coniuge è assente)  
 parente entro il 3 grado (nel caso di assenza del co-  
niuge e mancanza dei figli)

che il Sig/la Sig.ra .....  
nato/a il a .....  
residente a .....  
in Via .....

presenta una situazione di impedimento temporaneo,  
connesso al suo stato di salute, tale per cui la medesima  
persona non sa o non può sottoscrivere la domanda e le  
dichiarazioni in essa contenute.

Il sottoscritto dà atto di essere a conoscenza che il  
rilascio di dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del  
codice penale e delle leggi speciali in materia.

FIRMA .....

Data .....

**ERKLÄRUNG IM SINNE DES ART. 4 DES  
D.P.R. NR. 445/2000**

Der/Die Unterfertigte, .....  
geb. am ..... in .....  
Wohnhaft in .....  
Adresse .....

**erklärt**

in seiner Eigenschaft als  
 Ehepartner  
 Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners)  
 Blutsverwandter/e innerhalb III Grades (in Abwesen-  
heit des Ehepartners und bei Fehlen von Kindern) dass

Herr /Frau .....  
geb. am in .....  
wohnhaft in .....  
Adresse .....

aus Gesundheitsgründen zeitweilig das Ansuchen und  
alle darin enthaltenen Erklärungen nicht imstande ist, zu  
unterschreiben.

Der/Die Unterfertigte erklärt darüber in Kenntnis zu sein,  
dass die Abgabe von falsche Erklärungen im Sinne des  
Strafgesetzbuches und der diesbezüglichen Sonderge-  
setze bestraft wird.

UNTERSCHRIFT .....

Datum .....

**ATTESTAZIONE**

Il pubblico ufficiale .....

previo accertamento dell'identità del dichiarante attesta  
che  
 l'interessato/a stesso/a

la persona sopra indicata  
ha a lui reso la dichiarazione che l'interessato si trova  
in situazione di non saper o poter firmare il presente  
atto.

Timbro dell'Ufficio e firma del Pubblico Ufficiale

**BESTÄTIGUNG**

Die Amtsperson .....

bestätigt nach Feststellung der Identität des Erklären-  
den, dass  
 der / die Betroffene selbst

die oben angeführte Person  
ihm/ihr erklärt hat, dass der/die Betroffene nicht in der  
Lage ist, vorliegenden Akt zu unterschreiben.

Stempel des Amtes und Unterschrift der Amtsperson