

Alla commissione sanitaria per l'accertamento dell'invalidità civile dell'Azienda Sanitaria di Bolzano  
Servizio di Medicina Legale  
Via Amba Alagi 33 - 39100 BOLZANO  
Tel. 0471 909280-82-97 Fax 0471 909281

**DOMANDA PER IL RICONOSCIMENTO DELL' INVALIDITÀ CIVILE, CECITÀ CIVILE E SORDOMUTISMO ai sensi della L.P. 21.08.1978, n. 46 e successive modifiche**

Il/La sottoscritto/a .....  
nato/a il .....  
a ..... (Prov.).....  
cod. fisc. ....

**dichiara di essere**

di cittadinanza .....  
e residente a .....  
via/piazza ..... tel. ....  
domiciliato/a .....  
via/piazza .....  
in possesso di valido permesso di durata non inferiore ad 1 anno (art. 39 della L. 06.03.1998 n. 40) o carta di soggiorno e che la sua minorazione non è dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio

**e chiede**

di essere sottoposto/a ad accertamento sanitario da parte della commissione medica di cui all'art. 45 della L.P. n. 9 dell'11.08.98 per il riconoscimento  dell'invalidità civile  della cecità civile  del sordomutismo. Qualora ne sussistano i presupposti sanitari chiede inoltre di ottenere le relative prestazioni economiche.

**Chiede**

di essere avviato al collocamento lavorativo mirato previsto per i disabili, prestando il proprio consenso espresso alla acquisizione diretta/trattamento dei dati riguardanti il suo stato di salute presso gli operatori del servizio sanitario.

Firma per accettazione .....

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 (la parte interna).

**INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE n. 675 DEL 31.12.1996.**  
Ai sensi dell'art. 10 della L. 31.12.1996 n. 675 (tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) il sottoscritto dichiara di essere stato posto a conoscenza che i dati personali da lui inseriti nella domanda vengono raccolti e trattati dall'Azienda Sanitaria di Bolzano per l'esplicitamento delle pratiche relative al riconoscimento dell'invalidità civile e degli eventuali benefici connessi; tali dati assieme a quelli della diagnosi e del grado di minorazione riscontrata vengono inseriti per via informatica nell'archivio provinciale degli invalidi civili della Provincia di Bolzano, trasmessi all'Ufficio Provinciale Soggetti Portatori di Handicap ed Invalidi Civili e all'Ufficio del Lavoro; vengono inoltre trasmessi privi della diagnosi e del grado di minorazione riscontrata alla sede di Bolzano dell'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili (ANMIC) ed altri enti con finalità pubblica. Il rifiuto di fornire i dati richiesti non consente di dar corso alla domanda presentata. I dati personali verranno trattati mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati raccolti. Il titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria con sede a Bolzano in via Lorenz Böhler 5. Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato posto a conoscenza che può chiedere, in ogni momento, quali sono i suoi dati personali conservati e come essi vengano utilizzati; può anche esercitare il diritto di correggerli, aggiornarli e di ottenere senza ritardo la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, come pure di esercitare gli ulteriori diritti previsti dall'art. 13 della Legge n. 675/96.

(luogo e data) .....

(firma del/la richiedente maggiorenne) .....

SI ALLEGA: certificato medico relativo alla malattia, rilasciato da non più di sei mesi (in originale); copia autentica del permesso o carta di soggiorno;

An die Kommission für die Anerkennung der Zivilinvalidität des Sanitätsbetriebes Bozen  
Rechtsmedizinischer Dienst  
Amba-Alagi-Str. 33 - 39100 BOZEN  
Tel. 0471/909280-82-97 FAX 0471 909281

**ANSUCHEN BEZÜGLICH DER ANERKENNUNG DER ZIVILINVALIDITÄT, ZIVILBLINDHEIT UND TAUBSTUMMHEIT im Sinne des L.G. vom 21.08.1978, Nr. 46 in geltender Fassung**

Der/Die unterfertigte .....  
geboren am .....  
in ..... (Prov.) .....  
Steuernr. ....

**erklärt**

..... Staatsbürger und in  
..... Str./Platz .....  
ansässig zu sein; (zur Zeit wohnhaft in .....  
....., Str./Platz .....  
Tel. ....), im Besitze einer gültigen Aufenthaltserklärung für die Dauer eines Jahres (Art. 39 des Gesetzes Nr. 40 vom 06.03.1998) oder Aufenthaltskarte zu sein und dass seine/ihre Behinderung nicht durch Kriegs- bzw. Arbeitsunfall oder Dienstleistung verursacht wurde

**und ersucht**

um Feststellung der sanitären Voraussetzungen für  die Zivilinvalidität  die Zivilblindheit  Taubstummheit von seitens der im Art. 45 des L.G. Nr. 9 vom 11.08.98 vorgesehenen Ärztekommision und gegebenenfalls um Erhalt der vorgesehenen finanziellen Leistungen.

**Ersucht**

um gezielte Arbeitseingliederung vorgesehen für Menschen mit Behinderung und gibt seine ausdrückliche Einwilligung zur Erhebung/Verarbeitung von Daten betreffend seines Gesundheitszustandes durch die Mitarbeiter des Sanitätsdienstes.

Unterschrift zur Einwilligung: .....

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, mittels Fax oder durch dritte Personen ist es notwendig, eine Ablichtung des gültigen Personalausweises beizulegen (Innenseite).

**AUFKLÄRUNG IM SINNE DES GESETZES Nr. 675 VOM 31.12.1996.**  
Im Sinne des Art. 10 des Gesetzes Nr. 675 vom 31.12.1996 (Schutz der Personen und anderer Rechtsträger bei der Verarbeitung personenbezogener Daten) erklärt der Unterfertigte darüber in Kenntnis gesetzt worden zu sein, daß die im Ansuchen angegebenen personenbezogenen Daten vom Sanitätsbetrieb Bozen zur Ausarbeitung der Akten bezüglich Anerkennung der Zivilinvalidität und der sich ergebenden Begünstigten gesammelt und verarbeitet werden; weiters daß die obgenannten Daten, sowie jene welche die Diagnose und den Invaliditätsgrad beinhalten, an das Zentralarchiv der Zivilinvaliden der Provinz Bozen, ans Amt für Menschen mit Behinderung und Zivilinvaliden und das Arbeitsamt übermittelt werden. Öffentliche Einrichtungen und der Bozner Sitz des Verbandes der Zivilversehrten und Invaliden erhalten die Daten ohne Hinweis auf die Diagnose und den Invaliditätsgrad. Die Verweigerung der Angabe der gefragten Daten verhindert die weitere Behandlung des Ansuchens. Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten wird mit Rücksicht auf die Datensicherheit und Geheimhaltung erfolgen. Der Inhaber bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten ist der Generaldirektor des Sanitätsbetriebes Bozen mit Sitz in der Lorenz-Böhler-Str. 5 (BZ). Der Unterfertigte erklärt darüber informiert worden zu sein, wo die Daten über seine Person aufbewahrt und wie dieselben verwendet werden; er kann auch das Recht ausüben die personenbezogenen Daten richtigzustellen, zu ajournieren und verlangen, daß die widerrechtlich verarbeiteten Daten unverzüglich gelöscht, anonymisiert oder gesperrt werden, sowie die im Art. 13 des Gesetzes Nr. 675/96 angeführten Rechte in Anspruch nehmen.

Ort und Datum .....

Unterschrift des/der volljährigen Antragstellers/in .....

**ANLAGE: Ein höchstens sechs Monate altes ärztliches Attest mit Beschreibung des Krankheitsbildes (original); beigebundene Kopie der Aufenthaltsgenehmigung - oder Karte.**

**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 rila-  
scio 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  
.....