

S.C. di Medicina Legale e Risk Management

Data _____

ALL'AZIENDA USL DI MODENA
Commissione medica per l'accertamento delle disabilità
Sede di _____

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere sottoposto/a ad accertamento sanitario, ai sensi del c. 3/b dell'art. 1 del D.M. 4 giugno 2010, per il riconoscimento di GRAVI LIMITAZIONI ALLA CAPACITA' DI APPRENDIMENTO LINGUISTICO derivanti da:

- età
- patologia o handicap

allo scopo di ottenere la concessione/rinnovo del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo. Ai fini di cui sopra, consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà incorrere in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, giusto il disposto dell'art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

DICHIARA

di essere nato/a a _____ il _____

di essere residente a _____ in via _____

Codice Fiscale _____

Documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Allega alla presente domanda:

1. fotocopia documento d'identità
2. certificazione medica attestante la natura delle infermità (Nota bene: i certificati medici da allegare alla domanda devono esprimere la diagnosi con chiarezza e precisione)

Indica i seguenti recapiti per l'inoltro di comunicazioni relative alla presente domanda:

Cognome e nome _____

via _____

CAP _____ Località _____ Provincia (_____)

Telefono _____

Data _____

Firma _____

AVVERTENZE: la dichiarazione di chi non sa o non può firmare è raccolta dal Pubblico Ufficiale (funzionario dell'AUSL) previo accertamento dell'identità del dichiarante. Il Pubblico Ufficiale attesta che la dichiarazione è stata a lui resa dall'interessato facendo menzione, di seguito alla medesima, della causa dell'impedimento a sottoscrivere (art. 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento):

Data _____

Firma del Pubblico Ufficiale _____