Modulistica



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

MODELLO 1

1)

ASSISTITO _____ TEL. _____

NATO A _____ il _____ A.U.S.L. BA/4 _____

RESIDENTE A _____ IN VIA _____ N° _____

2) **PIANO RIABILITATIVO**
(a norma art. 2 e 4 del D.M. n. 332/99)

SPAZIO RISERVATO ALLO SPECIALISTA AUSL CHE PRESCRIVE

A) Diagnosi circostanziata:

B) Programma terapeutico (tempi di impiego, controlli, variazioni, controindicazioni, significato riabilitativo fisico o psichico, ecc.):

C) Prescrizione dettagliata della protesi:

Cod. _____ Cod. _____ Cod. _____
Cod. _____ Cod. _____ Cod. _____

Il MEDICO PRESCRIVENTE
DELLA A.U.S.L.
(timbro e firma)

Data _____

3) **FORNITORE prescelto dall'assistito**

SPAZIO RISERVATO ALLA A.U.S.L. CHE AUTORIZZA

FIRMA DELL'ASSISTITO

CODICE	DESCRIZIONE	Q.	IMPORTO
			+ IVA

AUTORIZZAZIONE:

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%) _____)

CON RISERVA DI PROPRIETA'

IL FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO
(timbro e firma)

IL RESPONSABILE
(timbro e firma)

Data _____

Prot. N° _____

SPEDIZIONE. Bolla di spedizione N° _____

del _____ Ufficio Postale _____

COLLAUDO (a norma art. 4 del D.M. n. 332/99)

Data _____

COMUNICAZIONE DELL'AVVENUTA CONSEGNA
(a norma art. 4 del D.M. n. 332/99)

RACCOMANDATA N° _____

UFF. POST. _____

Data _____

L'OFFICINA ORTOPEDICA

DICHIARAZIONE DI RICEVUTA E DI GRADIMENTO

Data _____

L'ASSISTITO (o chi ne fa le veci)

_____

Estremi docum. riconoscimento _____

(1) Entro venti giorni dalla consegna del presidio l'invalido 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'invalido.

VERIFICA (a norma dell'art. 4 del D.M. n. 332/99) Giovedì successivo alla consegna - ore 16,00 - 18,00.

MODELLO 2

Istante maggiorennne

(data) _____

All'Azienda Unità Sanitaria Locale BA/4
Commissione Medica per l'accertamento
dell'Invalidità Civile
via Beltrani, 2 - 70126 BARI

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

C H I E D E

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 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 riconosciute.

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

D I C H I A R A :

a) di essere nat ... a ..... provincia di ..... il .....
b) di essere cittadin .... italian ....
c) 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: .....

.....
F I R M A (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 .....

.....
F I R M A

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

Data .....

.....
F I R M A

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

(data) _____
All'Azienda Unità Sanitaria Locale BA/4
Commissione Medica per l'accertamento
dell'Invalidità Civile
via Beltrani, 2 - 70126 BARI

.. l .. 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 .....

C H I E D E

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 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 riconosciute.

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

D I C H I A R A :

che il summenzionato minorato:

a) è nat ... a ..... provincia di ..... il .....
b) di essere cittadin .... italian ....
c) 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: .....

.....
F I R M A (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 .....

.....
F I R M A

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

Data .....

.....
F I R M A

2) Specificare la qualità rivestita (legale, rappresentante o tutore - art. 3 della legge 4 gennaio 1963, 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. BA/4
per l'accertamento dell'handicap, sancita dall'art. 4
della legge n. 104/92
via Beltrani, 2 - 70126 BARI

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'invalidità civile della A.U.S.L..... /..... , ottenendo una percentuale d'invalidità del .....%, essendo portatore di ..... con la presente in virtù della legge n. 104/92 (legge quadro sull'*handicap*)

C H I E D E

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

..... lì ....
(data) (firma)

N.B. allego il certificato della visita medica collegiale e la certificazione medica probatoria.

MODELLO 5

- All'Assessorato alla Sanità della Regione
- Al Direttore Generale della A.U.S.L. BA/4
  LORO SEDI

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

Il/La sottoscritt .....
nat ... a ..... il .....
residente in ..... ,
avendo inoltrato in data ..... alla competente Commissione della A.U.S.L. n..... /..... 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 fissato 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.

.....lì ....
(data) (firma)

MODELLO 6

All'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia
via Caduti di Tutte le Guerre, 7
70126 BARI

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,

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,

RICORRE

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.

.....lì ....
(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 Bari
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

PREMESSO

1) che il ricorrente il 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 e/o Azienda Sanitaria Locale ...../..... , 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. .....
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 né il ricorrente è ospite di Enti Ospedalieri od assimilati;

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

tutto ciò premesso

RICORRE

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 ..... e/o l' .../..... 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. .....
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.

MODELLO 9

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

Alla Commissione Medica Invalidi Civili
della Azienda Unità SanitariaLocale BA/4
via Beltrani, 2 - 70126 BARI

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

C H I E D E

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.

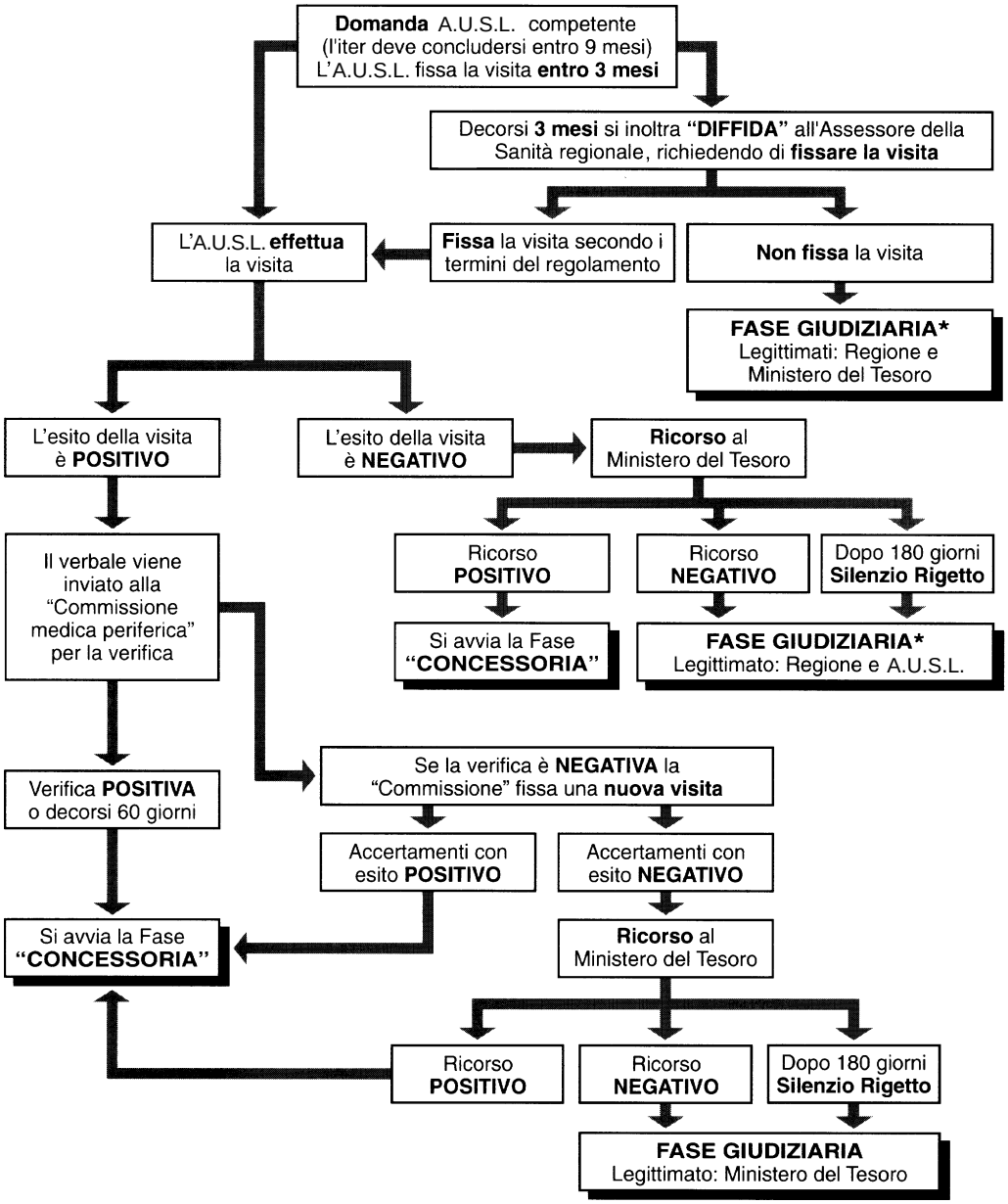
..... lì .....
(data)

.....
(firma)

Allegati: certificato medico attestante il miglioramento delle precedenti infermità;
copia verbale attestante il precedente riconoscimento.

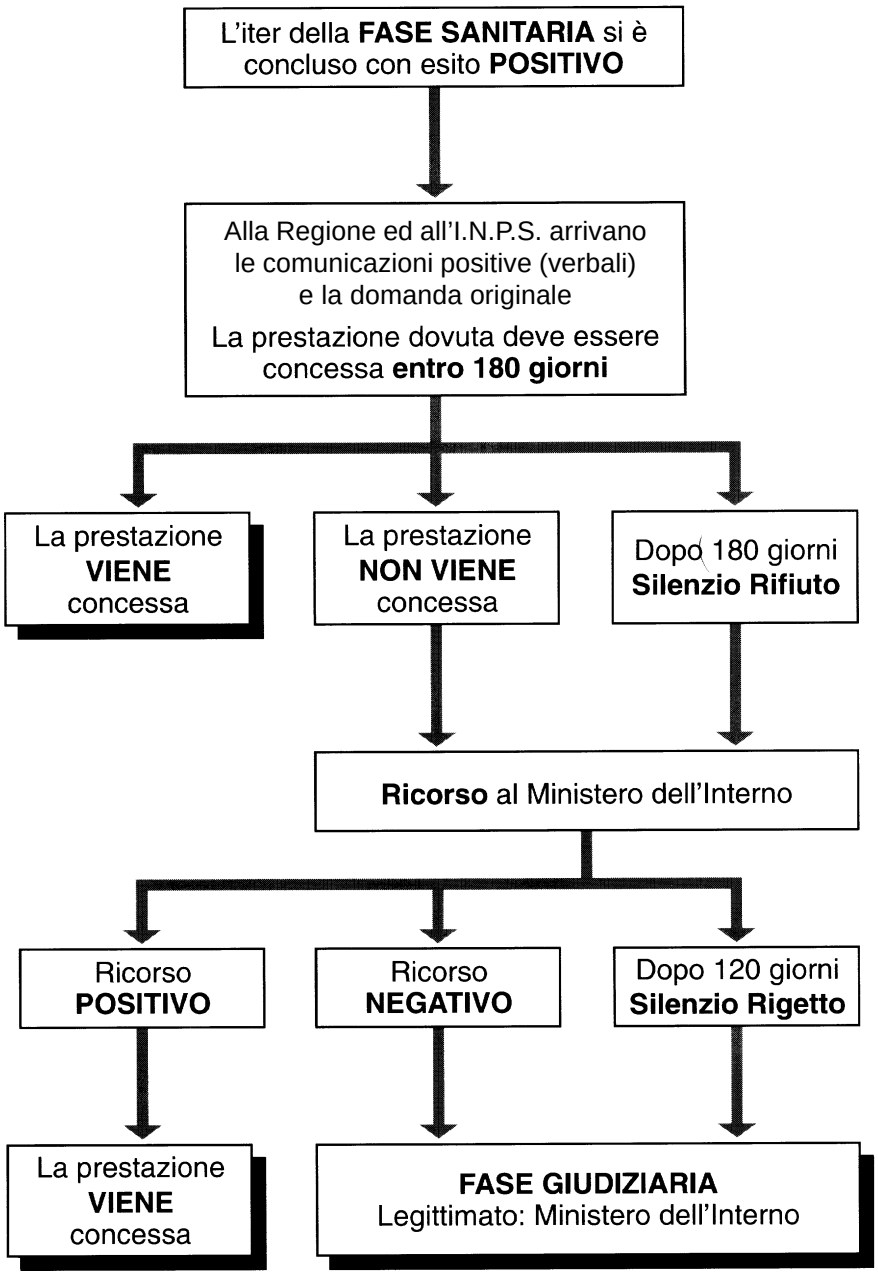
MODELLO 10 (D.P.R. n. 698/94)

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 SanitariaLocale BA/4
via Beltrani, 2 - 70126 BARI

..... lì .....

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 presente

C H I E D E

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

firma

.....

N.B. in allegato fotocopia visita medica precedente e documentazione medica probatoria.

MODELLO 13

(da prodursi in bollo)

Al Sig. Sindaco del Comune di Bari
Corso Vittorio Emanuele II, 84
70122 BARI

Oggetto: istanza di contributo di attuazione alla legge n. 13/89, sull'abbattimento delle barriere architettoniche.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ abitante in Via _____ n.° ____ telefono _____ in qualità di portatore di *handicap*, con la presente istanza, così come sancito dall'art. 9 della legge n. 13/39,

CHIEDE

un contributo economico a fondo perduto, al fine di abbattere le barriere architettoniche nell'immobile di proprietà di _____ ubicato in _____ Via/Piazza _____ _____ n.° ____ piano _____ interno _____
A tal fine dichiaro che il mio *handicap* all'interno dell'alloggio/immobile, consiste in _____

_____ lì _____ firma

_____

Alla presente istanza allego:

1. certificazione medica probatoria la mia disabilità, rilasciata dal medico di famiglia e/o certificazione dell'AUSL, in merito al riconoscimento dell'*handicap* ed eventuale connotazione di gravità (art. 3 comma 3, della legge n. 104/92);
2. il preventivo dei lavori da effettuare col relativo piano economico;
3. la descrizione/relazione tecnica dei lavori da effettuare;
4. eventuale autocertificazione (leggi n. 15/68, 127/97 e DPR n. 403/98) di essere il tutore esercente la patria potestà e/o che il portatore di *handicap* è convivente.

MODELLO 14

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

C H I E D E D I F R U I R E

(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 ...../...../.....

D I C H I A R A

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

data	firma del richiedente	firma dell'altro coniuge
..... lì	.....	.....

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

MODELLO 15

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 o familiare entro il terzo grado convivente del soggetto *handicappato*:
nome ..... cognome ..... nato a ..... il .....
trovandosi nelle condizioni previste dalla legge n. 104/92,

C H I E D E D I F R U I R E

dei tre giorni di permesso mensile retribuito
dal ...../...../..... al ...../...../.....

D I C H I A R A

che il soggetto *handicappato* non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati e che:
(1) l'altro genitore .....
è dipendente dell'Azienda/Amministrazione .....
e non beneficia della predetta agevolazione;
(2) che si ha la capacità di assisterlo per via del rapporto fiduciario nel caso di parente affine entro il 3° grado convivente.

data	firma del richiedente	firma dell'altro coniuge
..... lì	.....	.....

N.B. in allegato:
A) certificato dell'AUSL, 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 ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati (dichiarazione sostitutiva d'atto notorio: dichiarazione degli organi della AUSL che assistono il minore);
C) certificato di stato di famiglia, residenza e/o autocertificazione (leggi n. 15/68, 127/9, D.P.R. n. 403/98).

MODELLO 16

All'Azienda/Amministrazione

.....

Via .....

Città .....

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

Il/La sottoscritt .....

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

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

C H I E D E D I F R U I R E

dei permessi giornalieri retribuiti di due ore;

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

..... lì .....

firma del richiedente

.....

N.B. in allegato:
certificato rilasciato dell'AUSL, o dal medico specialista di cui all'art. 4, comma 1, della legge n. 104/92;

MODELLO 17

- Al Comune di Bari
  Assessorato alla Solidarietà Sociale
- Settore disabili -
  Largo Fraccacreta, 1 - 70122 BARI

Oggetto: domanda per la concessione del servizio trasporto mediante taxi riservato a cittadini con handicap tale da impedire loro accesso e la salita sui mezzi pubblici o non vedenti.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ___/___ /____

residente a _____ in Via _____ Tel. ___ /_____

CHIEDE

che gli/le venga concesso il servizio trasporto riservato a cittadini con handicap tale da impedire loro l'accesso e la salita sui mezzi pubblici o non vedenti.

Per la seguente motivazione:

- raggiungere il luogo di lavoro presso _____
  Via _____ ;
- frequentare il Centro socio-culturale e/o ricreativo _____ sito in
  Via _____
- frequentare il Centro di riabilitazione fisica o di fisioterapia ai seguenti orari:
  andata ore _____ ritorno ore_____ ;
- dichiara di aver necessità di farsi accompagnare da un proprio congiunto [SI] [NO] ;

Si allegano i seguenti documenti:

- ⇨ copia autenticata del certificato di invalidità posseduto ove risulti che sussiste un handicap tale da impedire l'accesso e la salita sui mezzi pubblici o copia del verbale della Commissione Invalidi Civili attestante la condizione di non vedente;
- ⇨ attestato di servizio rilasciato dal datore di lavoro;
- ⇨ dichiarazione rilasciata dall'Associazione socio-ricreativa o culturale, relativa agli orari e ai giorni di frequenza;
- ⇨ dichiarazione rilasciata dal centro di riabilitazione relativa agli orari e ai giorni di frequenza;
- ⇨ certificato contestuale, stato di famiglia e residenza e/o autocertificazione;
- ⇨ Mod. 101 o 201 o 730 o 740.

Il sottoscritto autorizza il Comune di Bari a raccogliere e trattare i propri dati personali (anche riferiti a condizioni di salute limitatamente a quanto necessario) per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano.

I servizi comunali si impegnano ad utilizzare tali dati solo per fini strettamente connessi ai loro compiti, in osservanza della legge sulla tutela dei dati personale (675/96 e successivi aggiornamenti).

Si riconosce infine il diritto del Comune di Bari ad esigere quale contributo alle spese, la somma di £. 60.000 pari al costo di due corse giornaliere per 26 giorni lavorativi.

Tale somma sarà versata mensilmente con le modalità che verranno indicate, a prescindere dal numero di corse utilizzate. Per eventuali comunicazioni e/o delucidazioni rivolgersi in Assessorato al seguente recapito telefonico(080/5773715).

I soggetti che vorranno fruire delle prestazioni gratuitamente devono dimostrare di avere un reddito familiare non superiore a £. 23.483.620 annui e comunque di non godere dell'indennità di accompagnamento.

firma

Bari, lì _____ _____

La domanda può essere spedita a mezzo raccomandata oppure consegnata a meno dall'interessato o da persona di una fiducia all'indirizzo sopraindicato (piano terzo) settore disabili.

MODELLO 18

Direzione A.S.T.A.B. (A.M.T.A.B.)
Viale Jacobini Z.I.
70123 BARI

Io sottoscritto _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

chiede alla Direzione A.S.T.A.B. di usufruire del trasporto per disabili.

Pertanto allego certificato di invalidità civile in fotocopia autenticata.

Distinti saluti.

Tel. _____

Bari _____

MODELLO 19

A.S.T.A.B. (A.M.T.A.B.)
AZIENDA SPECIALE TRASPORTI AUTOFILOVIARI - BARI
SEDE UNICA: VIALE JACOBINI Z.I. - BARI - TEL. (080) 5393111 PBX
CODICE FISCALE E PARTITA IVA: 04192310722

Bari, _____

Oggetto Pass per trasporto disabili.

La Sua richiesta è stata accolta.
Le comunichiamo le modalità per usufruire del servizio:
- la prestazione va richiesta nel giorno precedente, telefonando al n. 0805311398 dalle ore 8.00 alle ore 10.00 ed indicando il seguente codice _____

La presente comunicazione, valida sino al _____ dovrà essere mostrata al personale ASTAB in servizio, insieme a un documento di riconoscimento.
Il rinnovo dell'autorizzazione a usufruire del servizio in oggetto potrà essere richiesto, presentando domanda entro la prima decade del mese di settembre di ogni anno.
L'utilizzazione del servizio di trasporto comporta, come da regolamento, il pagamento del biglietto ordinario sia da parte dell'utente che dell'eventuale accompagnatore, per ogni corsa semplice.
Si precisa che corsa semplice è il percorso dal luogo di partenza indicato dall'utente al punto di arrivo, per il soddisfacimento dell'esigenza segnalata. Di conseguenza il ritorno al punto di partenza implica il pagamento di altro biglietto ordinario.

Distinti saluti.

IL CAPO AREA AMM.VO
(Rag. S. Loseto)

da citare nella risposta

MODELLO 20

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: L.

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;

b) il reddito delle attività finanziarie.

B - DETRAZIONI L.

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. L.
(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).

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

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.

2.000.000 - Per ciascun figlio riconosciuto con handicap grave (art. 3? comma 3 legge 5/11992, 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 L.

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

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 21

Al COMUNE DI BARI
RIPARTIZIONE TRIBUTI SETTORE ICI - ICIAP
Via Quintino Sella, 40
70122 BARI

AUTOCERTIFICAZIONE

(Richiesta di agevolazione di aliquota e detrazione ICI)

(Legge 127/97 e successive modificazioni e integrazioni)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ e residente in _____

Via _____ C.F. _____

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

DICHIARA

- che l'immobile sito in _____ Via _____ è lunica proprietà in suo possesso e costituisce l'abitazione principale.

- che l'immobile non è soggetto alocazione.

- 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 d 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 al 1° gennaio 1999.

CHIEDE

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

Bari, lì _____ _____

MODELLO 22

in bollo da L. 20.000

Alla Commissione Medica Prov.le Patenti Guida
c/o Ufficio Provinciale Coordinamento AA.UU.SS.LL.
Piazza Chiurlia, 21
70122 BARI

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.

_____ lì _____ firma

_____

N.B. in allegato certificazione medica probatoria e fotocopia patente auto posseduta.

MODELLO 23

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 .....;

dichiara

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 impedite 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. 104/92, come quelle di invalidità civile, per lavoro o di guerra (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.P.R. n. 403/98.

Data ..... Firma del disabile

.....

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 suestesa dichiarazione

Il funzionario incaricato

.....

timbro dell'ufficio

(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 apposita da parte della competente A.U.S.L. che certifichi un tipo di patologia comportante "ridotte o impedite 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 24

PRESTAZIONI DI SERVIZIO O ACQUISTO DI ACCESSORI, PER AUTO ADATTATE CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA

Dichiarazione sottoscritta dal disabile

IN CARTA SEMPLICE

Il (la) sottoscritt.... ....., nat.... il.....
a..... (prov. .....) residente in .....
....., via .....,
Cod. Fisc. ....., ai fini dell'acquisto con Iva agevolata degli accessori auto e delle prestazioni di servizio, riguardanti il veicolo già adattato, targato .....;

dichiara

(barrare l'ipotesi che ricorre cancellando l'altra)

❑ di essere stato riconosciuto disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104/92, affetto da patologia comportante ridotte o impedite 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. 104/92, come di invalidità civile, per lavoro o di guerra;

❑ di essere, in quanto possessore di reddito lordo non superiore a L. 5.500.000, 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. .....

Data .....

Firma del disabile

.....

MODELLO 25

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

❑ All'Ufficio delle Entrate di Bari
Piazza Massari, 50 - 70122 BARI
❑ Alla Direzione Regionale delle Entrate
Sezione Staccata di Puglia
Via Amendola, 201/7 - 70126 BARI

IN CARTA SEMPLICE

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

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

CHIEDE

Il riconoscimento d'ufficio dell'esenzione spettante sulla base dei seguenti documenti allegati:
(barrare l'ipotesi che ricorre 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 alrto 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 impedite 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, commi 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 impedite 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 o di guerra (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

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 (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), è sempre necessaria una valutazione apposita da parte della competente A.U.S.L. che certifichi un tipo di patologia comportante cecita, sordomutismo e/o "ridotte o impedite 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 26

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

❑ All'Ufficio delle Entrate di Bari
Piazza Massari, 50 - 70122 BARI
❑ Alla Direzione Regionale delle Entrate
Sezione Staccata di Puglia
Via Amendola, 201/7 - 70126 BARI

IN CARTA SEMPLICE

OGGETTO: Veicolo targato: .....- intestato al familiare del disabile sig. ..... - C.F. ..... - 1° anno .....

Il (la) sottoscritt ...., nat .... il.....
a..... (prov. .....) residente in .....
....., via .....,
in qualità di disabile fiscalmente a carico del familiare indicato in oggetto

CHIEDE

il riconoscimento d'ufficio dell'esenzione spettante sulla base dei seguenti documenti allegati:
(barrare l'ipotesi che ricorre 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 alrto documento di identità non scaduto)
❑ fotocopia del proprio codice fiscale e di quello del familiare indicato in oggetto;
❑ certificazione rilasciata dalla competente A.U.S.L., attestante che il sottoscritto è affetto da patologia comportante ridotte o impedite capacità motorie permanenti, essere cieco e/o sordomuto;
❑ 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, commi 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 e comportante **ridotte o impedite 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 o di guerra (2).

❑ di essere, in quanto possessore di reddito lordo non superiore a L. 5.500.000, fiscalmente a carico del familiare indicato in oggetto, secondo quanto risulta dall'ultima dichiarazione dei redditi da questi presentata (articolo 1, lettera b, D.P.R. n. 103/98):

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

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 (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), è sempre necessaria una valutazione apposita da parte della competente A.U.S.L. che certifichi un tipo di patologia comportante cecita, sordomutismo e/o "ridotte o impedite 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 27

ESENZIONE PERMANENTE PER DISABILI- CESSAZIONE PER PERDITA DEI REQUISITI (1)

❑ All'Ufficio delle Entrate di Bari
Piazza Massari, 50 - 70122 BARI
❑ Alla Direzione Regionale delle Entrate
Sezione Staccata di Puglia
Via Amendola, 201/7 - 70126 BARI

IN CARTA SEMPLICE

OGGETTO: Veicolo targato: .....-

Il (la) sottoscritt ...., nat .... il.....

a..... (prov. .....) residente in .....

....., via .....,

COMUNICA

che, relativamente al veicolo in oggetto, a decorrere dal ..... sono venuti meno i requisiti per l'esenzione dal pagamento del bollo auto per:

(barrare l'ipotesi che ricorre cancellando le altre)

❑ vendita a terzi del veicolo
❑ eliminazione delle modifiche e conseguente trasformazione in auto normale
❑ altro (specificare).....

Allega fotocopia del documento di identità e del codice fiscale attribuito dall'amministrazione finanziaria.

Firma del disabile

.....

(1) Va presentata anche mediante raccomandata AR, all'Ufficio delle Entrate e/o alla Sezione staccata della Direzione Regionale delle Entrate.

MODELLO 28

parcheggio invalidi
concessione n. _____



nome _____

indirizzo _____

comune _____

il sindaco _____