

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI
UNITA' OPERATIVA MEDICINA LEGALE
COMMISSIONE SANITARIA DI II^ ISTANZA

Centro per i Servizi Sanitari – Viale Verona - 38100 TRENTO – Tel.0461/364657 - Fax 0461/364553

RICORSO avverso il provvedimento relativo all'accertamento dello stato di minorazione da cause civili in 1^ istanza (L.P. 15.06.1998, n.7)

Si prega di porre la massima attenzione nella lettura del testo, compilando tutte le parti del modulo in maniera chiara e leggibile

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 _____

e, presa visione del verbale di accertamento di 1^ istanza dello stato di

☐ **INVALIDITA' CIVILE**

☐ **CECITA' CIVILE**

☐ **SORDOMUTISMO**

notificato in data _____

RICORRE

avverso la valutazione medico-legale adottata in tale sede ritenendola incompatibile con il proprio stato di salute.

Documentazione allegata:

1. Copia del verbale di accertamento di 1^ istanza.
2. _____
3. _____

Segue

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 istanza di ricorso sono raccolti e trattati dall'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento* all'interno del procedimento finalizzato al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo 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, 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; dichiara di essere stato informato che, in ottemperanza alla Circolare del Ministero della Sanità del 18.10.2000 (prot. n. DPV 4/H-DD/687) ed alla nota del Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Attività Sociali della Provincia Autonoma di Trento del 6.11.2000 (prot. n. 1823D312/GIP/CA), viene trasmesso alle Associazioni di categoria rappresentative degli invalidi l'elenco nominativo dei soggetti sottoposti ad accertamento sanitario. 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 delle minorazioni da cause civili viene trasmesso agli stessi privo dei dati sanitari. 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*

***Informazioni per la firma**

- 1) Se il soggetto che presenta l'istanza di ricorso è **minore** firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (**D.P.R. 445/2000 art. 5**).
- 2) Se il soggetto che presenta l'istanza di ricorso è **interdetto/inabilitato** firma il tutore/curatore (**D.P.R. 445/2000 art. 5**).
- 3) Se il soggetto che presenta l'istanza di ricorso 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 la presente istanza non sia sottoscritta direttamente in presenza del personale addetto a riceverla è necessario allegare la fotocopia di un documento di identità.