



Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino

Unità operativa medicina legale

Dipartimento di prevenzione
Viale Verona – 38123 Trento
uomedicinalegale@asuit.tn.it

DOMANDA PER L'ACCERTAMENTO SANITARIO DELLA DISABILITA'

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. 28.12.2000, n. 445 **DICHIARA** di essere:

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n.° _____

domiciliato/a _____ via _____ n.° _____

Codice fiscale _____ Patente di Guida n. _____

Recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di: Esercente la responsabilità genitoriale Rappresentante legale*

del minore- del/la Signor/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n.° _____

domiciliato/a _____ via _____ n.° _____

Codice fiscale _____ Telefono/ e-mail _____

Patente di Guida n. _____

CHIEDE

allo scopo di ottenere i benefici e le agevolazioni assistenziali previsti dalle leggi, che dell'esito dell'accertamento venga rilasciata dichiarazione certificata, per quanto previsto dalla normativa vigente, e
di essere/ che lo stesso sia sottoposto a visita medica per il

RICONOSCIMENTO REVISIONE AGGRAVAMENTO

INVALIDITA' CIVILE (Legge provinciale n. 7/1998)

CECITA' CIVILE (Legge provinciale n. 7/1998)

SORDITA' CIVILE (Legge provinciale n. 7/1998)

HANDICAP
(Legge n. 104/1992 e Legge provinciale n. 8/2003 e successive Deliberazioni)

INCLUSIONE SCOLASTICA

Indicare la classe la classe di prossima iscrizione:

CLASSE _____ ANNO _____

<input type="checkbox"/> RICORSO avverso il provvedimento relativo all'accertamento dell'invalidità civile (Legge provinciale n. 7/1998) entro 60 giorni dal ricevimento della 1 ^a istanza	<input type="checkbox"/> RICORSO avverso il provvedimento relativo all'accertamento della cecità civile ((Legge provinciale n. 7/1998) entro 60 giorni dal ricevimento della 1 ^a istanza
<input type="checkbox"/> RICORSO per l'accertamento della non autosufficienza (Legge provinciale n. 15/2012) entro 30 giorni dal ricevimento del verbale UVM competente per territorio	<input type="checkbox"/> RICORSO avverso il provvedimento relativo all'accertamento della sordità civile ((Legge provinciale n. 7/1998) entro 60 giorni dal ricevimento della 1 ^a istanza

Dichiara inoltre (artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445) barrando le singole voci:

- di essere cittadino italiano;
- di essere (barrare obbligatoriamente questa voce) titolare di rendita I.N.A.I.L., di rendita per menomazioni dipendenti da causa di guerra o di servizio, cecità civile, sordità civile;
- di non essere (barrare obbligatoriamente questa voce) titolare di rendita I.N.A.I.L., di rendita per menomazioni dipendenti da causa di guerra o di servizio, cecità civile, sordità civile;
- di essere cittadino di uno Stato appartenente alla UE (è necessario integrare la domanda con la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la persona ha svolto o svolge attività lavorativa, oppure è a carico di un Suo familiare che ha svolto attività lavorativa, autonoma o subordinata, in Italia o in uno degli Stati della UE);
- di essere cittadino di uno Stato non appartenente alla UE (è necessario integrare la domanda con la copia del **permesso di soggiorno di durata non inferiore ad 1 anno**);
- di essere iscritto all'A.I.R.E. (Anagrafe Italiana Residenti all'Estero).
- di essere già stato sottoposto a valutazione presso altra ASL e allega la relativa documentazione
- *Allegare la Sentenza del Tribunale con l'incarico specifico in relazione alla gestione sanitaria

Se residente in Trentino ma domiciliato in altra regione italiana, chiede che l'accertamento sia espletato per rogatoria *(precisare il domicilio e l'A.S.L./I.N.P.S. territorialmente competente con indirizzo PEC dell'Ente):*

La persona interessata all'accertamento della disabilità autorizza questa Unità operativa all'accesso ai propri dati sanitari contenuti negli applicativi sanitari aziendali al fine di consentire l'eventuale valutazione medico legale sugli atti documentali, senza la convocazione a visita medica.

Acconsento all'accesso ai dati sanitari - **Non acconsento all'accesso ai dati sanitari**

Preso visione dell'informativa del Regolamento UE in materia di trattamento dei dati personali e privacy n. 679/2016 (allegata alla presente) esprimo il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità elencate per consentire il perseguimento delle finalità ivi indicate

Acconsento - **Non acconsento**

DATA _____

FIRMA (Leggibile e per esteso)

L'INTERESSATO _____

L'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ' GENITORIALE _____

IL RAPPRESENTANTE LEGALE* (allegare la copia della Sentenza del Tribunale o del Giudice Tutelare) _____

INFORMATIVA ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

- I dati personali forniti nell'ambito della presente domanda saranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: esecuzione di un compito di interesse pubblico di cui è investita l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino - Asuit e in particolare per l'accertamento sanitario medico legale della disabilità.
- Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per dar corso al procedimento di cui alla presente domanda e per tutte le attività connesse (quali, ad esempio, attività di controllo e consultive). Il rifiuto al conferimento dei dati comporterà l'impossibilità di dar corso alla presente domanda e di espletarne il relativo procedimento.
- I dati personali saranno comunicati all'interessato secondo quanto previsto dalle Schede del Regolamento provinciale per il Trattamento dei dati sensibili (Decreto del Presidente della P.A. di Trento n. 27-129/LEG di data 8 ottobre 2013)
Ai fini del controllo della veridicità delle dichiarazioni sostitutive contenute nella domanda, i dati personali potranno essere inoltre comunicati ad altri soggetti pubblici
- Asuit, oltre ai dati forniti con la presente domanda, può raccogliere per le finalità sopra indicate, previa autorizzazione, la documentazione sanitaria presente negli applicativi sanitari aziendali
- Il trattamento sarà effettuato con modalità cartacee e con strumenti informatici/elettronici con logiche atte a garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati stessi. I dati saranno trattati, esclusivamente per le finalità sopracitate, da personale dipendente e, in particolare, da Preposti al trattamento dei dati personali (Dirigenti), appositamente nominati, nonché da Addetti al trattamento dei dati, specificamente autorizzati ed istruiti. Sempre per le finalità indicate, i dati potranno essere trattati da soggetti che svolgono attività strumentali per Asuit, che prestano adeguate garanzie circa la protezione dei dati personali e nominati Responsabili del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
- È esclusa l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione.
- I dati personali saranno conservati negli archivi dell'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino secondo il vigente Manuale di gestione
- I dati personali non saranno trasferiti fuori dell'Unione Europea.
- Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino - Asuit con sede in via Degasperì n. 79 a Trento a cui l'interessato potrà rivolgersi per far valere, nei casi previsti, i diritti di cui al Capo III del Regolamento, tramite l'Ufficio rapporti con il pubblico (Urp) sito a Palazzo Stella in Via Degasperì, n. 77 - 38123 Trento - tel. 0461/904172 urp@asuit.tn.it.
- Preposto al trattamento dei dati personali è il direttore dell'Unità operativa di medicina legale
- L'interessato per le questioni relative al trattamento dei propri dati personali può rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati (RPD) i cui dati di contatto sono i seguenti: Via Degasperì, 79 - 38123 Trento, e-mail ResponsabileProtezioneDati@asuit.tn.it
- L'interessato ha diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di illecito trattamento o di ritardo nella risposta del Titolare a una richiesta che rientri nei diritti dell'interessato.

Dichiaro di aver ricevuto e preso visione della presente informativa

DATA _____

FIRMA (Leggibile e per esteso)

L'INTERESSATO _____

L'ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ' GENITORIALE _____

IL RAPPRESENTANTE LEGALE* (allegare la copia della Sentenza del Tribunale o del Giudice Tutelare) _____

NOTA INFORMATIVA PER LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ACCERTAMENTO DELLA DISABILITA'

Il modulo della domanda deve essere compilato in tutte le sue parti e correttamente sottoscritto.

Allo stesso devono essere allegati i seguenti documenti:

-PER LA DOMANDA DI INVALIDITÀ CIVILE:

> L'accertamento sanitario dell'invalidità civile può attivare il diritto all'erogazione di protesi e presidi, l'esenzione del ticket sanitario, l'accesso al collocamento mirato al lavoro (Legge n. 68/99), gli eventuali benefici economici, il contrassegno per la circolazione e la sosta in deroga dei veicoli a servizio delle persone disabili, le agevolazioni fiscali previste dalla normativa vigente. E' necessario un certificato medico in originale rilasciato in data non antecedente ai sei mesi dalla data di presentazione della domanda, attestante la natura delle proprie infermità invalidanti

-PER LA DOMANDA DI CECITÀ CIVILE:

> certificato medico specialistico oculistico in originale, rilasciato in data non antecedente ai sei mesi dalla data di presentazione della domanda, attestante le condizioni di minorazione visiva, cioè un visus inferiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi anche con eventuale correzione. Nel caso in cui il certificato sia mancante di tali requisiti, si procederà alla valutazione dello stato di invalidità civile

-PER LA DOMANDA DI SORDITÀ CIVILE:

> certificato medico specialistico otorinolaringoiatrico ed esame audiometrico in originale rilasciato in data non antecedente ai sei mesi dalla data di presentazione della domanda, dal quale risulti una perdita pari o superiore a 60 dB di media tra le frequenze 500, 1000, 2000 Hz nell'orecchio migliore qualora il richiedente non abbia compiuto 12 anni; pari o superiore a 75 dB dopo tale età purché sia dimostrabile l'insorgenza dell'ipoacusia prima del compimento del dodicesimo anno di età. Nel caso in cui il certificato sia mancante di tali requisiti, si procederà alla valutazione dello stato di invalidità civile

-PER LA DOMANDA DI HANDICAP:

L'accertamento dell'handicap può attivare principalmente il diritto ad agevolazioni per prove d'esame e precedenza assegnazione sede (art. 20/21), mobilità e trasporti collettivi (art. 26), trasporti individuali (art. 27), facilitazioni per i veicoli –contrassegno (art. 28), agevolazioni (permessi assistenziali - art. 33), agevolazioni fiscali (art. 32), Integrazione scolastica/lavorativa (art. 13/ 18). E' necessario certificato medico in originale rilasciato in data non antecedente ai sei mesi dalla data di presentazione della domanda; lo stesso deve attestare la natura della propria malattia, un breve resoconto anamnestico e siano descritte le menomazioni nonché le relative disabilità.

>Per l'**inclusione scolastica per i minori**, la domanda deve essere corredata dalla specifica documentazione sanitaria redatta dal professionista medico o psicologo clinico delle Unità operative di Neuropsichiatria infantile, Psicologia clinica o di altra Unità operativa di riferimento per la patologia prevalente, dell'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino; oppure da strutture private accreditate¹ e convenzionate con l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino o di strutture sanitarie del Servizio sanitario Nazionale o di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). E' importante specificare per la prima domanda la classe frequentata e per la domanda di rinnovo la classe alla quale il minore sarà iscritto per il successivo anno scolastico

>eventuale relazione del Servizio sociale nel caso in cui la persona interessata sia a carico del medesimo

INFORMAZIONI PER LA FIRMA

>Se la persona da sottoporre ad accertamento è **minore**, firma uno dei genitori o chi ha la potestà genitoriale (D.P.R. 445/2000, art. 5)

>Se è stato nominato un **Amministratore di sostegno/Curatore/Tutore** deve essere allegato alla domanda il Decreto di nomina dello stesso per la parte sanitaria e la domanda dovrà essere firmata da entrambi (persona interessata ed AdS) (D.P.R. 445/2000, art. 5)

>Se la persona da sottoporre ad accertamento è **interdetto/inabilitato** firma il Tutore/Curatore (D.P.R. 445/2000, art. 5)

>Se la persona richiedente si trova **impossibilitata ad apporre la sua firma per motivi di salute**, può firmare il coniuge o una persona legata allo stesso da legami di parentela in linea retta o collaterale fino al terzo grado, dichiarandone il grado e allegando copia del documento di identità in corso di validità

Nel caso la presente domanda non sia sottoscritta direttamente in presenza del personale addetto a riceverla, è necessario allegare la fotocopia di un documento di identità valido.

LA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA di accertamento della disabilità può essere inoltrata a questa Unità Operativa:

-con lettera raccomandata A/R;

-consegnata in collaborazione con gli Sportelli periferici per l'informazione della PAT (dislocati su tutto il territorio provinciale), gli Istituti di Patronato, le Associazioni di Categoria

-consegnata allo Sportello di questa Unità Operativa nelle giornate di mercoledì e venerdì **solo previo appuntamento** all'indirizzo mail uomedicinalegale@asuit.tn.it

¹ -A.T.S.M. Centro Franca Martini (Via Taramelli, 8 -TN);

-Il Paese di Oz - Centro abilitativo per l'età evolutiva. ANFFAS Trentino Onlus (Via Aosta, 1 –TN);

-Associazione Genitori Autistici del Trentino ONLUS -A.G.S.A.T.- (Via del Brennero, 260 H- TN);

-Azienda Pubblica Di Servizi Alla Persona Beato De Tschiderer (Via Piave, 108 – TN).