

MODELLO 1

1)
 Assistito tel.
 nat.... il a..... (.....) A.S.L
 residente a (.....) via n.

<p>2) Spazio riservato allo specialista ASL che prescrive</p> <p>PIANO RIABILITATIVO (a norma art. 2 e 4 del d.m. n. 332/99) A) Diagnosi circostanziata B) Programma terapeutico (tempi impiego, controlli, variazioni, controindicazioni, significato riabilitativo fisico o psichico) C) Prescrizione dettagliata della protesi Cod..... Cod..... Cod.....</p> <p>Il MEDICO PRESCRIVENTE DELLA ASL (timbro e firma)</p> <p>SPEDIZIONE: Bolla di spedizione n. Del Ufficio Postale</p> <p>COMUNICAZIONE per AVVENUTA CONSEGNA (a norma art. 4 del d.m. n. 332/99) Raccom. n. L'OFFICINA ORTOPEDICA Uff. Post. Data</p> <p>Entro venti giorni dalla consegna del presidio l'invalido deve presentarsi presso l'ASL d'appartenenza per la verifica. Per i non deambulanti il collaudo potrà essere effettuato presso la struttura di ricovero o al domicilio dell'invalido.</p>	<p>1) Spazio riservato alla ASL che autorizza</p> <p>FORNITORE prescelto dall'assistito Firma dell'assistito </p> <p>Codice Descrizione Q.a Importo + IVA Tot.</p> <p>AUTORIZZAZIONE ASL In relazione alla prescrizione di cui al punto 2 e al preventivo punto 3, si autorizza la fornitura o riparazione della protesi ortopedica per l'importo di + IVA..... CON RISERVA DI PROPRIETÀ Il funzionario amministrativo (Timbro e firma) Il responsabile (Timbro e firma) Data..... Prot. n.</p> <p>COLLAUDO (a norma art. 4 del d.m. n. 332/99) Data</p> <p>DICHIARAZIONE di RICEVUTA E DI GRADIMENTO L'ASSISTITO (o chi ne fa le veci) Data (Estremi doc. ricon.)</p> <p>VERIFICA (a norma dell'art. 4 del d.m. n. 322/99) Giovedì successivo alla consegna</p>
--	---

MODELLO 2 - A

Istante maggiorenne

Mod. 869

All'Azienda Sanitaria Locale
Commissione Medica per l'accertamento delle
Invalidità civili

...I... sottoscritt... nat... il
a (.....) e residente a (.....)
via/piazza n. cap stato civile
professione tel. codice fiscale

CHIEDE

di essere sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della Legge 24/12/1993, n. 537, del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni e integrazioni
INDICARE ai soli fini dell'art. 1 comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico
sì 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 integrazioni
- persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104
(Avvertenze: barrare con una × la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione alla invalidità civile o della minorazione riconosciuta da codesta Commissione.

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta.

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

DICHIARA

- a) di essere nat... a (.....) 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 o di lavoro.

...I... sottoscritt..., conscio delle responsabilità civili e panali che si assume con la presente dichiarazione, sottoscrive di non aver inoltrato ricorso gerarchico avverso la precedente visita per il risarcimento della invalidità civile.

..... lì, In fede

(retro mod. A)

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 relativa:

firma

AVVERTENZE

La dichiarazione di chi non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante, da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 8 della legge 11 maggio 1971, n. 390.

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento)

1° Teste nat... a

il residente in via n.

documento n. rilasciato il da

firma

2° Teste nat... a

il residente in via n.

documento n. rilasciato il da

firma

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.lgs. 23/1188, 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 e un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.

MODELLO 3 - B

Istante minore anni 18 o interdetto

Mod. 879

All'Azienda Sanitaria Locale
Commissione Medica per l'accertamento delle
Invalidità civili

...I... sottoscritt... nat... il a (....) e re-
sidente a (....) via/piazza n. c.a.p. tel.,
nella sua qualità di del (minore o interdetto) nat....
il a e residente a Via n....

CHIEDE

che il predetto sottoposto ad accertamento sanitario, ai sensi dell'art. 11 della legge 24/12/1993, n. 537, del relativo regolamento, per il riconoscimento/aggravamento dell'invalidità, quale:

- invalido civile - ai sensi della legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni e integrazioni
INDICARE ai soli fini dell'art. 1 comma 3, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, se minorato psichico
sì NO
- cieco civile - ai sensi della legge 27 maggio 1970 n. 382, e successive modificazioni e integrazioni
- sordomuto - ai sensi della legge 26 maggio 1970 n. 381, e successive modificazioni e integrazioni
- persona handicappata - ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104
(Avvertenze: barrare con una × la casella corrispondente al riconoscimento richiesto)

allo scopo di ottenere i benefici che la legge prevede in relazione alla invalidità civile o della minorazione riconosciuta da codesta Commissione

Sin d'ora chiede con la presente istanza alla che gli/le siano concessi i benefici economici eventualmente spettanti in relazione alla percentuale di invalidità o alla minorazione riconosciuta.

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

DICHIARA

Che il summenzionato minorato:

- a) è nat... a (....) il
- b) è 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 o di lavoro

...I... sottoscritt..., conscio delle responsabilità civili e penali che si assume con la presente dichiarazione, sottoscrive di non aver inoltrato ricorso gerarchico avverso la precedente visita per il riconoscimento della invalidità civile.

..... lì, In fede

(retro mod. B)

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 relativa:

firma

AVVERTENZE:

La dichiarazione di chi non può firmare deve essere sottoscritta in presenza del dichiarante, da due testimoni idonei ai sensi dell'art. 8 della legge 11 maggio 1971, n. 390.

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento)

1° Teste nat.... a

il residente in via n.

documento n. rilasciato il da

firma

2° Teste nat... a

il residente in via n.

documento n. rilasciato il da

Firma

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.lgs. 23/1188, 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 e un residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione.

MODELLO 4

Spett.le Commissione Medica ASL
 per l'accertamento dell'handicap (art. 4 legge n. 104/92)
 via n.

Oggetto: accertamento Handicap e connotazione di gravità (legge 104/92)

Il/La sottoscritt... nat... il
 a..... (.....) e residente a (.....)
 in via n., premesso che in data
 è stato sottopost... a visita medica collegiale da parte della Commissione Medica per l'accertamen-
 to dell'invalidità civile della ASL, con il riconoscimento di una percentuale d'invalidità
 del ... %, essendo menomato da, in virtù di quanto stabilito dalla
 legge n. 104/92

CHIEDE

di essere sottoposto a visita per il riconoscimento dell'handicap (art. 3 comma 1) e della connota-
 zione di gravità (art. 3 comma 3), indispensabile per usufruire dei benefici previsti dalle vigenti
 leggi. In attesa

..... lì,

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

MODELLO 5

All'Assessorato alla Sanità della Regione.....
 Al Direttore Generale della ASL
 LORO SEDE

Oggetto: diffida per la mancata visita medica per il riconoscimento di handicap

Il/La sottoscritt... nat... il
 a..... (.....) e residente a (.....)
 in via n., premesso che in data inoltrava alla
 competente Commissione della ASL la richiesta per l'accertamento sanitario per il rico-
 noscimento di soggetto portatore di handicap, essendo trascorsi oltre tre mesi essendo ancora sta-
 ta fissata la data della visita,

DIFFIDA

Codesto Assessorato a provvedere, entro 30 giorni dal ricevimento della presente.

In attesa di riscontro nei modi e termini di legge, in attesa invia distinti saluti.

..... lì,

MODELLO 6

All'Assessorato alla Sanità della Regione
via n.

Oggetto: diffida ai sensi dell'art. 3, comma 1, d.p.r. n. 698/94

Il/La sottoscritt... nat. il a (.....) e
residente a (.....) in via n., premesso che in
data inoltra alla competente Commissione della ASL la richiesta per otte-
nere l'accertamento sanitario dell'invalidità civile/della cecità/del sordomutismo, atteso che a di-
stanza di tre mesi la Commissione ASL non ha ancora fissato la data della visita medica,

DIFFIDA

codesto Assessorato a provvedere celermente.

In attesa di riscontro nei modi e termini di legge, invia distinti saluti.

..... li,
.....

MODELLO 7

Spett.le MINISTERO DEL TESORO
COMMISSIONE MEDICA SUPERIORE
E DI INVALIDITÀ CIVILE
Via Casilina, 3 - 00182 ROMA

OGGETTO: ricorso per maggiore valutazione del grado di invalidità civile/cecità/sordomutismo

Atteso che la commissione medica ASL nella seduta del e che la commis-
sione medica periferica per le pensioni di guerra e di invalidità civile di, nella se-
duta delpratica n. notificata il, ha riconosciuto un grado d'invalidità pari
al%, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 del d.p.r. 21/09/94 n. 698 e successive.

Il/La sottoscritt... nat... il a
(.....) e residente a (.....) in via n.

RICORRE

al Ministero del Tesoro e per esso alla Commissione Superiore, affinché venga riconosciuta una
percentuale di invalidità superiore, atteso che quella assegnata non è conforme alla patologia de-
nunciata in relazione ai conseguenti benefici economici cui l'istante ha diritto.

Si allega in copia idonea documentazione e si resta a disposizione per ogni altro accertamento ai
fini di una equa valutazione del grado di invalidità.

In attesa di riscontro nei modi e termini di legge, si porgono distinti saluti.

..... li
.....

N.B.1) Da presentarsi entro sessanta giorni dalla notifica del verbale di visita medica.

2) 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

(Schema di domanda per la richiesta di declassamento)

Alla Commissione Medica Invalidi Civili
Azienda Sanitaria Locale

Via

Il/La sottoscritt..... nat... il a.....
(.....) e residente a (.....) in via n.,
premessi che in data gli veniva riconosciuto dalla competente Commissione della ASL
..... una invalidità civile pari al%

CHIEDE

di essere risottopost... a nuova visita medica, da parte di codesta Commissione per il riesame delle
proprie condizioni sanitarie, notevolmente migliorate, al fine di un eventuale declassamento.

..... li,

Allegati:

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

MODELLO 9

Ill.mo Sig. Sindaco
Comune di

Oggetto: Istanza di rilascio autorizzazione parcheggio posto auto riservato per invalidi civili

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il a.....
e residente a in via..... n., in considerazione delle
proprie limitate e ridotte capacità di deambulazione e/o precarie condizioni di salute,

CHIEDE

di ottenere il rilascio dell'autorizzazione a tracciare le linee di parcheggio per un posto auto ri-
servato per gli invalidi civili antecedente la mia abitazione e/o il posto di lavoro in via
..... al numero civico

In attesa di conferma, invia distinti saluti.

..... li,

Allegata autocertificazione e/o certificato di residenza e relativa certificazione medica probatoria.

MODELLO 10

Ill.mo Sig. Sindaco Comune di.....
Ufficio Tributi

Oggetto: Esonero pagamento tassa per posto auto riservato

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il a.....
e residente a in via..... n., essendo riconosciuto di-
sabile, portatore di handicap con annesse complicanze (legge n.104/92, art. 3, 4)

CHIEDE

di essere esonerat... dal pagamento della tassa inerente posto auto, sito in
via n. (art. 49, comma 1, lettera g, d.l. n. 507/93).

In attesa si inviano distinti saluti

..... li,

Allegata documentazione probante

MODELLO 11

Raccomandata A/R

Alla Commissione Medica Invalidi Civili
Azienda Sanitaria Locale
Via

Oggetto: urgenza visita medica

Il/La sottoscritt... nat... il a (...)
e residente a (.....) in via n. ..., in virtù di quanto
disposto dal d.m. del Tesoro n. 387 del 5 agosto 1991, art. 3, comma 1,

CHIEDE

di essere sottopost... a visita medica collegiale con la massima sollecitudine, causa le proprie pre-
carie condizioni di salute (documentazione medica allegata), collegate all'età e alla necessità di as-
sistenza.

Distinti saluti

..... li,

MODELLO 12

(da prodursi in bollo)

Ill.mo Sig. Sindaco
Comune di

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

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il a e
residente a in via n. ai sensi della legge n. 13/89,
art. 9, nella sua qualità di portatore di handicap,

CHIEDE

l'erogazione di un contributo economico a fondo perduto, al fine di abbattere le barriere architettoniche nell'immobile di proprietà ubicato in via/piazza n. piano interno.....

A tal fine dichiaro che l'adattamento al mio handicap all'interno dell'alloggio o immobile, consiste in

..... lì

Allegati:

1. certificazione medica probatoria la disabilità, e/o certificazione dell'ASL, di riconoscimento dell'handicap ed eventuale connotazione di gravità;
2. preventivo dei lavori da effettuare col relativo piano economico;
3. relazione tecnica o descrizione dei lavori da effettuare;
4. eventuale autocertificazione (leggi n. 15/68, 127/97 e d.p.r. n. 403/98) del tutore esercente la patria potestà.

MODELLO 13

Spett.le Ditta / Azienda / Ente Pubblico.....
Uff. Amministrazione - Personale
INPS/INPDAP/Cassa o Ente Previd.
LORO SEDI

Oggetto: sostegno ai lavoratori genitori di figli portatori di handicap (art 33, commi 1 e 2, legge n. 104/92, modificati dagli art. 19 e 20; legge n. 53/2000 e nuovo T.U. in materia di maternità e paternità)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il , dipendente di codesta Azienda/Amministrazione dal, padre/madre del minore disabile nato il a (.....), così come previsto dal nuovo T.U.,

CHIEDE DI FRUIRE

il prolungamento del congedo parentale (art. 33 T.U.) dalal di permessi giornalieri retribuiti di due ore (art. 33, comma 2 legge 104/92) nel periodo dal al (in alternativa al n. 1)

DICHIARA

- che il bambino non è ricoverato a tempo pieno presso Istituti Specializzati e
- che l'altro genitore ha/non ha titolo alla predetta agevolazione.

Firma del richiedente

Firma dell'altro coniuge

.....
..... li

Allegati:

- certificato dell'ASL, o del medico specialista di cui all'art. 4, comma 1, legge 104/92;
- dichiarazione di responsabilità attestante che il minore non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, o dichiarazione dell'Ente ASL che assiste il minore.

MODELLO 14

Spett.le Ditta / Azienda / Ente Pubblico
 Uff. Amministrazione - Personale
 INPS/INPDAP/Cassa o Ente Previd.
 LORO SEDI

Oggetto: permessi mensili retribuiti coperti da contribuzione figurativa (art. 33, comma 3, legge n. 104/92 modificato dagli art. 19 e 20; legge 53/2000 e nuovo T.U. in materia di maternità e paternità)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il, dipendente di codesta Azienda/Amministrazione dal, padre/madre/ familiare entro il terzo grado convivente del disabile nato il a (....), così come previsto dall' art. 42 del nuovo T.U. su maternità e paternità,

CHIEDE DI FRUIRE

Di tre giorni di permesso mensile retribuiti dal al

DICHIARA

che il disabile non è ricoverato a tempo pieno in Istituti Specializzati e che l'altro genitore ha/non ha titolo alla predetta agevolazione.

Che si ha la capacità di assisterlo in rapporto fiduciario quale parente affine entro il 3° grado, ancorché non convivente (art. 20 legge 53/2000).

Firma del richiedente

Firma dell'altro coniuge

.....

..... li

Allegati:

- certificato dell'ASL, o del medico specialista di cui all'art. 4, comma 1, legge 104/92;
- dichiarazione di responsabilità attestante che il disabile non è ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, o dichiarazione dell'Ente ASL che assiste il disabile;
- certificato di stato di famiglia, residenza e/o autocertificazione (d.p.r. n. 403/98).

MODELLO 15

Spett.le Ditta / Azienda / Ente Pubblico.....
 Uff. Amministrazione - Personale
 INPS/INPDAP/Cassa o Ente Previd.
 LORO SEDI

Oggetto: permessi giornalieri retribuiti (art. 33, comma 6, legge n. 104/92, modificato dagli art. 19 e 20; legge 53/2000 e nuovo T.U. in materia di maternità e paternità)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il, dipendente di codesta Azienda/Amministrazione dal, portatore di handicap con connotazione di gravità, come da documentazione allegata,

CHIEDE DI FRUIRE

di permessi giornalieri retribuiti di due ore nel periodo dal al

..... li,

Allegato: Certificato dell'ASL, o del medico specialista di cui all'art. 4, comma 1, legge 104/92.

MODELLO 16

All'Assessorato alla Solidarietà Sociale
Settore disabili - Comune di

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

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
e residente a in via n. portatore di handicap grave

CHIEDE

la concessione del servizio di trasporto riservato a cittadini con handicap, che risultano impediti per l'accesso e la salita sui mezzi pubblici o non vedenti, per il tragitto da a per la seguente motivazione:

- raggiungere il luogo di lavoro;
- frequentare il Centro socio-culturale e/o ricreativo,
- frequentare il Centro di riabilitazione fisica o fisioterapia o scolastici;
nei seguenti orari: andata ore ritorno ore ;
- necessità di accompagnamento da un proprio congiunto: SÌ - NO

..... lì,

Allegati:

- 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 quale 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.

MODELLO 17

Spett.le Direzione Azienda Trasporti Urbani

Via n.

Oggetto: trasporto disabili

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
 e residente a in via n. portatore di handicap motorio,
 dovendo raggiungere il posto di lavoro/il luogo di cura o riabilitazione

CHIEDE

di usufruire del trasporto per disabili sulla tratta dal al con
 mezzi adattati per facilitare la salita e la discesa con carrozzella, così come previsto dalla legge n.
 118/71.

In attesa di ricevere conferma, invia distinti saluti

..... lì,

Allegato certificato di invalidità civile in fotocopia autenticata.

MODELLO 18 - (Generico)

Spett.le

.....

Oggetto: Richiesta

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
 e residente a in via n. portatore di handicap
 ritenendo di poter beneficiare, ai sensi della normativa vigente

CHIEDE

Di ottenere

In attesa di ricevere conferma, invia distinti saluti

..... lì,

Allegato certificato di invalidità civile in fotocopia autenticata e

.....

MODELLO 19

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

COGNOME NOME
CODICE FISCALE

Residenza anagrafica

VIA/PIAZZA N. CIVICO
COMUNE PROVINCIA

Generalità dello studente

COGNOME NOME
CLASSE FREQUENTATA

Situazione economica del nucleo familiare

A - SITUAZIONE ECONOMICA

La situazione economica si ottiene sommando:

a) tutti i redditi netti dei diversi componenti il nucleo familiare risultanti dalle dichiarazioni dei redditi o, in mancanza di tale obbligo, dall'ultimo certificato sostitutivo rilasciato dai datori di lavoro o da enti previdenziali;

b) il reddito delle attività finanziarie.

B - DETRAZIONI

Importi che possono essere detratti dalla somma del punto A;

1291,14 - Nucleo familiare residente in abitazione in locazione e non possessore di altri immobili adibiti ad uso abitativo o residenziale nel comune di residenza

(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);

1807,60 - Nucleo familiare residente in abitazione in locazione e non possessore di altri immobili adibiti ad uso abitativo in altri comuni

(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);

516,46 - Per il secondo figlio;

774,69 - Per il terzo figlio;

1032,91 - Per ciascun figlio successivo al terzo;

1032,91 - Per ciascun componente del nucleo (esclusi i figli) a carico del richiedente;

1549,37 - Nel caso si tratti di invalido totale;

1032,91 - Per ciascun figlio con handicap grave o con invalidità superiore al 66%;

1032,91 - 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.

TOTALE PUNTO B

C - SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE

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.

Luogo e data

Firma del richiedente

.....

.....

MODELLO 20

Al Comune di
Ripartizione Tributi Settore ICI - ICIAP

AUTOCERTIFICAZIONE
(Richiesta di agevolazione di aliquota e detrazione ICI)
(legge 127/97 e successive modificazioni e integrazioni)

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
e residente a in via..... n. C.F.
consapevole delle responsabilità cui andrebbe incontro in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA

- che l'immobile sito invia
è l'unica proprietà in suo possesso e costituisce l'abitazione principale;
 - che l'immobile non è soggetto a locazione;
 - che il reddito complessivo annuo lordo del proprio nucleo familiare, come definito ai fini IRPEF, conseguito nell'anno precedente è di
- (N.B.: il reddito previsto per l'agevolazione deve essere di, maggiorabile di
per ogni persona fiscalmente a carico)

Pertanto dichiara di 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 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 dal

CHIEDE

Gli venga riconosciuto il diritto alla maggiore detrazione di così come al punto sopra indicato.
La Pubblica Amministrazione è autorizzata a effettuare le opportune verifiche per controllare la rispondenza delle dichiarazioni rese.
La presente autocertificazione ha validità annuale.

..... li In fede

MODELLO 21 (da redigere in bollo)

Alla Commissione Medica Prov.le Patenti Guida
Via

Il/La sottoscritto/a nato/a il a.....
e residente a in via..... n. C.F.

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.

..... li, Firma

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

MODELLO 22

ACQUISTO DI AUTO NUOVA CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA

Autocertificazione sottoscritta dal disabile

Il (la) sottoscritt... .., nat... il a
(prov.) codice fiscale residente in, via
....., ai fini dell'acquisto agevolato del ve-
colo targato

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445 del 2000

(Testo unico sull'autocertificazione):

(barrare le ipotesi che ricorrono cancellando le altre)

- di essere non vedente (o sordomuto) come risulta dalle certificazioni rilasciate da Commissioni mediche pubbliche di accertamento;
- di essere pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulare, affetto da handicap grave di cui al comma 3, dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalla certificazione rilasciata dalla Commissione medica ASL;
- di essere disabile mentale (di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento) affetto da handicap grave di cui al comma 3, dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalla certificazione rilasciata dalla Commissione medica ASL;
- che nel corso dei quattro anni anteriori alla data del (1) non è stato acquistato altro veicolo con lo stesso tipo di agevolazione;
- di essere, in quanto possessore di reddito lordo non superiore a 2840,51, fiscalmente a carico del familiare di seguito indicato, secondo quanto risulta dall'ultima dichiarazione dei redditi da questi presentata (articolo 46, lettera o), del d.p.r. n. 445/2000, Testo unico sull'autocertificazione).

Nome del familiare codice fiscale

Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 76 del T.U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza dell'articolo 43 dello stesso T.U.

Luogo e data Firma del/la disabile (*)

(1) Indicare la data di immatricolazione dell'autovettura.

(*) Per il non vedente o il disabile mentale interdetto la firma va apposta dal tutore.

Nota: Nei casi dubbi (cioè, 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.S.L. che certifichi un tipo di patologia comportante «ridotte o impedito capacità motorie permanenti», ciechi e/o sordomuti, nei casi di cambio automatico, prescrive la guida con tale tipo di adattamento (una volta ottenuta tale attestazione il disabile potrà sempre in seguito «autocertificarne» il contenuto).

MODELLO 22 bis

ACQUISTO DI VEICOLO NUOVO ADATTATO CON ALIQUOTA IVA AGEVOLATA

Autocertificazione sottoscritta dal disabile

Il (la) sottoscritt... .., nat... il a (prov.) codice fiscale residente in via ai fini dell'acquisto agevolato del veicolo targato

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445 del 2000

(Testo unico sull'autocertificazione)

(barrare le ipotesi che ricorrono cancellando le altre)

- di essere affetto da patologia riguardante gli arti inferiori comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti ma non da handicap grave di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge n. 104/92, 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;
- che nel corso dei quattro anni anteriori alla data del (1) non è stato acquistato altro veicolo con lo stesso tipo di agevolazione;
- di essere, in quanto possessore di reddito lordo non superiore a 2840,51, fiscalmente a carico del familiare di seguito indicato, secondo quanto risulta dall'ultima dichiarazione dei redditi da questi presentata (articolo 46, lettera o), del d.p.r. n. 445/2000 (Testo unico sull'autocertificazione).

Nome del familiare..... codice fiscale.....

Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 76 del T.U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza dell'articolo 43 dello stesso T.U.

Luogo e data Firma del/la disabile

(1) Indicare la data di immatricolazione dell'autovettura.

MODELLO 23

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

(in carta semplice)

Autocertificazione sottoscritta dal disabile

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il a
(prov.) codice fiscale residente a in via

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 stat... riconosciut... disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n.104/92, affett.. da patologia comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti, 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 2840,51, 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 Codice fiscale.....

..... li,

Firma del disabile

MODELLO 24

ESENZIONE DAL BOLLO AUTO O DALL'IMPOSTA DI TRASCRIZIONE
(Veicolo intestato al disabile) (1)

Autocertificazione sottoscritta dal disabile

All'Ufficio delle Entrate di
Via
Alla Direzione Regionale delle Entrate
Sezione Staccata di

Oggetto: Veicolo targato..... - Esenzione per disabili (2) - 1° anno

Il/La sottoscritto/a nato/a il a..... (prov.)
codice fiscale..... residente a, via

CHIEDE

Il riconoscimento d'ufficio dell'esenzione spettante sulla base dei seguenti documenti allegati:
(barrare l'ipotesi che ricorre cancellando le altre)

- autocertificazione sottoscritta in calce, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, attestante che il sottoscritto è non vedente o sordomuto ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate da Commissioni mediche pubbliche di accertamento;
- autocertificazione sottoscritta in calce, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, attestante che il sottoscritto è disabile mentale di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento, o pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulare, affetto da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate dalla Commissione medica ASL;
- certificazione medica attestante che il sottoscritto è non vedente o sordomuto;
- certificazione rilasciata dalla Commissione medica ASL attestante che il sottoscritto è disabile mentale (di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento) affetto da handicap grave di cui al comma 3, dell'art. 3 della legge n. 104/92;
- certificazione rilasciata dalla Commissione medica ASL attestante che il sottoscritto è pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulare affetto da handicap grave ai sensi di cui al comma 3 dell'art. 3 della legge n. 104/92.

Firma del/la disabile (*)

Autocertificazione

Il sottoscritto, richiedente l'esenzione di cui sopra, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445/2000 (Testo unico sull'autocertificazione), di essere stato riconosciuto:

- non vedente o sordomuto;
- disabile mentale di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento affetto da handicap grave ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate dalle Commissioni mediche competenti;
- pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulare, affetto da handicap grave ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate dalle Commissioni mediche competenti.

Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 76 del Testo unico sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace, dopo i controlli che il competente ufficio si riserva di attivare, in forza dell'articolo 43 del Testo unico sull'autocertificazione.

Data

Firma

(1) Va presentata, anche mediante raccomandata AR, all'ufficio delle Entrate (ove questo sia già istituito), oppure alla Sezione staccata della Direzione regionale delle entrate.

(2) L'esenzione dall'Imposta provinciale di trascrizione (Ipt) non si applica nei riguardi di sordomuti e non vedenti.

(*) Per il non vedente o il disabile mentale interdetto la firma va apposta dal tutore.

MODELLO 24 bis

ESENZIONE DAL BOLLO AUTO O DALL'IMPOSTA DI TRASCRIZIONE
(Veicolo adattato intestato al disabile) (1)

Autocertificazione sottoscritta dal disabile

All'Ufficio delle Entrate di
Via
Alla Direzione Regionale delle Entrate
Sezione Staccata di

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

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
(prov) codice fiscale..... residente a, via

CHIEDE

Il riconoscimento d'ufficio dell'esenzione spettante sulla base dei seguenti documenti allegati:
(barrare l'ipotesi che ricorre cancellando le altre)

- autocertificazione sottoscritta in calce, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, attestante che il sottoscritto è non vedente o sordomuto ai sensi dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate da Commissioni mediche pubbliche di accertamento;
- certificazione rilasciata dalla competente ASL, attestante che il sottoscritto è affetto da patologia comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti ma non da handicap grave di cui al comma 3 dell'art. 3 delle legge 104/92;
- fotocopia della carta di circolazione, da cui risulta che il veicolo è dotato di cambio automatico/ovvero adattato in funzione della minorazione fisico-motoria (2);
- fotocopia della patente di guida speciale o, in mancanza, di altro documento di identità non scaduto;
- fotocopia del numero di codice fiscale attribuito dall'amministrazione finanziaria.

Firma del/la disabile

Autocertificazione

Il sottoscritto, richiedente l'esenzione di cui sopra, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445/2000 (Testo unico sull'autocertificazione), 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 impedito capacità motorie permanenti, 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.

Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 76 del Testo unico sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace, dopo i controlli che il competente ufficio si riserva di attivare, in forza dell'articolo 43 del Testo unico sull'autocertificazione.

Data Firma

(1) Va presentata, anche mediante raccomandata AR, all'ufficio delle Entrate (ove questo sia già istituito), oppure alla Sezione staccata della Direzione regionale delle entrate.

(2) Nel caso di cambio automatico è necessario che la competente ASL prescriva la guida con tale tipo di adattamento. Qualora una certificazione in tali termini sia stata a suo tempo rilasciata, è possibile «autocertificarne» l'attestazione sempre al fine di poter evitare di allegare il certificato in originale.

MODELLO 25

ESENZIONE DAL BOLLO AUTO O DALL'IMPOSTA DI TRASCRIZIONE
(Veicolo intestato al familiare) (1)

Autocertificazione sottoscritta dal disabile

All'Ufficio delle Entrate di
Via
Alla Direzione Regionale delle Entrate
Sezione Staccata di

Oggetto: Veicolo targato: - Esenzione per disabili (2) - 1° anno
Veicolo intestato al familiare del disabile:

Nome..... cognome grado di parentela

Il (la) sottoscritt... .., nat... il
a (prov.) codice fiscale residente in
....., via n.
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:

- ♦ autocertificazione sottoscritta in calce, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, attestante che il sottoscritto non vedente o sordomuto come risulta dalle certificazioni rilasciate da Commissioni mediche pubbliche di accertamento;
- ♦ autocertificazione sottoscritta in calce, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, attestante che il sottoscritto è disabile mentale (di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento), o pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulare, affetto da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate dalla Commissione medica ASL;
- ♦ certificazione medica attestante che il sottoscritto è non vedente o sordomuto;
- ♦ certificazione rilasciata dalla Commissione medica ASL attestante che il sottoscritto è disabile mentale di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento affetto da handicap grave di cui al comma 3, dell'art. 3 della legge n. 104/92;
- ♦ certificazione rilasciata dalla Commissione medica ASL attestante che il sottoscritto è pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulare, affetto da handicap grave ai sensi di cui al comma 3 dell'art. 3 della legge n. 104/92;
- ♦ fotocopia del numero di codice fiscale attribuito dall'amministrazione finanziaria.
(barrare l'ipotesi che ricorre cancellando le altre)

Firma del/la disabile (*)

Autocertificazione

Il sottoscritto, richiedente l'esenzione di cui sopra, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445/2000 (Testo unico sull'autocertificazione),

- di essere stato riconosciuto non vedente e/o sordomuto come risulta dalle certificazioni rilasciate da Commissioni mediche pubbliche di accertamento;
- di essere stato riconosciuto disabile mentale di gravità tale da fruire dell'indennità di accompagnamento affetto da handicap grave ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate dalle Commissioni mediche competenti;
- pluriamputato o con grave limitazione della capacità di deambulare, affetto da handicap grave ai sensi del comma 3 dell'art. 3 della legge n. 104/92, come risulta dalle certificazioni rilasciate dalle Commissioni mediche competenti;
- di essere, in quanto possessore di reddito lordo non superiore a 2840,51, 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 76 del Testo unico sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace, a seguito dei controlli effettuati dal competente ufficio in forza dell'articolo 43 del Testo unico sull'autocertificazione.

Data Firma

(1) Va presentata, anche mediante raccomandata AR, all'ufficio delle Entrate (ove questo sia già istituito), oppure alla Sezione staccata della Direzione regionale delle entrate.

(2) L'esenzione dall'Imposta provinciale di trascrizione (Ipt) non si applica nei riguardi di sordomuti e non vedenti.

(*) Per il non vedente o il disabile mentale interdetto la firma va apposta dal tutore.

MODELLO 25 bis

ESENZIONE DAL BOLLO AUTO O DALL'IMPOSTA DI TRASCRIZIONE
(Veicolo adattato intestato al familiare) (1)

Autocertificazione sottoscritta dal disabile

All'Ufficio delle Entrate di

Via

Alla Direzione Regionale delle Entrate

Sezione Staccata di

Oggetto: Veicolo targato: - Esenzione per disabili (2) - 1° anno.....
Veicolo intestato al familiare del disabile:Nome..... cognome grado di parentela
Il (la) sottoscritt... .., nat... il
a (prov.) codice fiscale
residente in, via n.
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)

- autocertificazione sottoscritta in calce, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, attestante che il sottoscritto è affetto da patologia comportante ridotte o impedito capacità motorie ai sensi dell'art. 3 della legge 104/92;
- certificazione rilasciata dalla competente ASL, attestante che il sottoscritto è affetto da patologia comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti ma non da handicap grave di cui al comma 3 dell'art. 3 della legge 104/92;
- fotocopia della carta di circolazione, da cui risulta che il veicolo è dotato di cambio automatico/ovvero adattato in funzione della minorazione fisico-motoria;
- fotocopia della patente di guida speciale o, in mancanza, di altro documento di identità non scaduto;
- fotocopia del numero di codice fiscale attribuito dall'amministrazione finanziaria.

Firma del/la disabile

Autocertificazione

Il sottoscritto, richiedente l'esenzione di cui sopra, dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445/2000 (Testo unico sull'autocertificazione),

- di essere stato riconosciuto disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104/92, affetto da patologia e comportante ridotte o impedito capacità motorie permanenti, 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 (3);
- di essere, in quanto possessore di reddito lordo non superiore a 2840,51, 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 76 del Testo unico sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace, a seguito dei controlli effettuati dal competente ufficio in forza dell'articolo 43 del Testo unico sull'autocertificazione.

Data Firma.....

(1) Va presentata, anche mediante raccomandata AR, all'ufficio delle Entrate (ove questo sia già istituito), oppure alla Sezione staccata della Direzione regionale delle entrate.

(2) Nei casi di cambio automatico è necessario che la competente ASL prescriva la guida con tale tipo di adattamento.

(3) 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**CESSAZIONE ESENZIONE BOLLO PER PERDITA DEI REQUISITI (1)**

All'Ufficio delle Entrate di
Via
Alla Direzione Regionale delle Entrate
Sezione Staccata di

Oggetto: Veicolo targato

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
e residente a in via..... n. codice fiscale

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 modifiche e conseguente trasformazione in auto normale
- altro (specificare).....

Allega fotocopia del documento di identità e del tesserino del codice fiscale.

..... li, Firma del disabile

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

MODELLO 27

Pittogramma

Parceggio Invalidi

Concessione n.



nome

indirizzo

Comune

Il Sindaco

.....

.....li

MODELLO 28

Ill.mo Sig. Sindaco
Comune di

.....

Oggetto: istanza di rilascio «contrassegno parcheggio invalidi civili»

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il a..... e
residente a in via..... n.

CHIEDE

di ottenere, in considerazione delle mie limitate e/o ridotte capacità di deambulazione, nonché precarie condizioni di salute, il rilascio dell'apposito «contrassegno» per il diritto alla sosta ed alla circolazione in zone di divieto (d.p.r. n. 495/92; art. 28 legge n. 104/92 e art. 12 d.p.r. n. 503/96).

..... lì,

Allegata autocertificazione e/o certificato di residenza e relativa Certificazione medica probatoria.

MODELLO 29

Ill.mo Sig. Sindaco Comune di

Ufficio Tributi

.....

Oggetto: Esonero pagamento tassa per passo carrabile

Il/La sottoscritto/a nato/a il a
e residente a in via..... n., essendo riconosciuto
disabile, portatore di handicap con annesse complicanze (legge n. 104/92, artt. 3, 4)

CHIEDE

di essere esonerat... dal pagamento della tassa inerente il passo carrabile, sito in
via n. (art. 49, comma 1, lettera g, d.l. n. 507/93).

In attesa si inviano distinti saluti

..... lì,

Allegata documentazione probante

MODELLO 30

ACQUISTO DI SUSSIDI TECNICI ED INFORMATICI CON ALIQUOTA AGEVOLATA

Autocertificazione sottoscritta dal disabile (1)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a il a e
residente a in via n. codice fiscale,
ai fini dell'acquisto con IVA agevolata di sussidi tecnici ed informatici,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 47 del d.p.r. n. 445/2000 (Testo unico sull'autocertificazione):

(barrare l'ipotesi che ricorre cancellando le altre)

- che è stato riconosciuto disabile ai sensi dell'articolo 3 della legge n. 104/92, con una invalidità funzionale permanente di tipo:

motorio	visivo	uditivo	del linguaggio
---------	--------	---------	----------------

- che gli/le è stata rilasciata specifica prescrizione autorizzativa da parte del medico specialista della azienda sanitaria locale di appartenenza attestante il collegamento funzionale tra la menomazione di cui sopra e l'acquisto di un:

computer	modem	fax	altro
----------	-------	-----	-------------

Data

Firma del/la disabile

Il sottoscritto è a conoscenza delle conseguenze penali che derivano, ai sensi dell'articolo 76 del T. U. sull'autocertificazione, qualora la presente dichiarazione risulterà mendace a seguito dei controlli che il competente ufficio si riserva di eseguire in forza dell'articolo 43 dello stesso T.U.

..... li, Firma del/la disabile

(1) Autocertificazione se non si presenta documentazione in originale

MODELLO 32

Al Ministero della Difesa
 Direzione Generale della Leva
 P.zale Konrad Adenauer
 ROMA

Oggetto: assegnazione in sede desiderata

Il sottoscritto..... nato il a (.....) e residente a (.....) in via n. riscontrandosi in uno dei casi seguenti,

CHIEDE

di essere assegnato in un ente di stanza in

(contrassegnare le voci che interessano)

- Ammogliato;
- Figlio unico convivente di padre/madre celibe/nubile, o vedovo/a, o legalmente separato/a, o divorziato/a (solo se nella località di residenza non siano presenti altri figli maggiorenni, anche se coniugati);
- Figlio unico di padre/madre celibe/nubile;
- Figlio o fratello convivente di familiare affetto da gravissima malattia (documentata);
- Fratello di militare alle armi, purché non volontario, da meno di otto mesi ed in servizio al di fuori della regione di residenza della famiglia di origine;
- Fratello unico di soggetto portatore di grave handicap che lo rende non autosufficiente;
- Studente che debba sostenere non più di due esami e la tesi di laurea nella sede universitaria richiesta;
- Laureato ammesso al dottorato di ricerca nella sede universitaria richiesta;
- Laureato iscritto al corso universitario di specializzazione nella sede universitaria richiesta;
- Titolare di attività lavorativa autonoma che comporti la frequente presenza dell'interessato;
- Militare che esercita funzioni pubbliche in cariche amministrative;
- Comprovati motivi familiari o personali, non riconducibili ad una delle situazioni precedenti e da valutare di volta in volta.

A comprova si allega la seguente documentazione:

.....

..... li, firma leggibile

MODELLO 33

RICHIESTA DI RIDUZIONE DEL 50% DEL CANONE MENSILE DI ABBONAMENTO
AL SERVIZIO TELEFONICO DI CATEGORIA B

(Agevolazioni di cui alle Delibere dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni
n. 314/00/CONS del 01.06.2000 e n. 330/01/CONS del 01.08.2001)

Spett. le
Telecom Italia S.p.A.
Indirizzo:

Il sottoscritto (*Cognome e Nome*) nato a
il residente in (*Comune e Provincia*) indirizzo
(*via/viale/piazza e numero civico*) Cap
recapito telefonico n. / e-mail fax n.
Estremi del documento di riconoscimento (*allegare fotocopia del documento
di identità o della patente di guida o del passaporto*) Codice fiscale

Titolare della seguente utenza telefonica di categoria B (*barrare se il contratto di abbonamento è già in
essere ed indicare il numero telefonico nell'apposito riquadro sottostante*), richiedente l'attivazione della
seguente utenza telefonica di categoria B (*barrare se il contratto di abbonamento è nuovo ed indicare, se
conosciuto, il numero telefonico assegnato nell'apposito riquadro sottostante*) installata/da installare in
(*comune, provincia, via/ viale/ piazza, numero civico, cap*)
.....
indirizzo che coincide con quello di abitazione del suo nucleo familiare

CHIEDE

di usufruire della riduzione del 50% del canone base (ex art. 1 comma 1 della Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 314/00/CONS) per l'utenza sopraindicata.
A tal fine, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, l'esibizione o l'uso di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, con la sottoscrizione della presente ad ogni effetto di legge

DICHIARA

1. di essere in possesso di entrambi i requisiti di cui all'art. 1 della Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 314/00/CONS del 01.06.2000 e in particolare che:

a) il proprio Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), calcolato dall'INPS, non è superiore a Euro 6.713,94 (pari a Lit. 13 milioni) e scade il (*inserire la data di scadenza riportata nell'atestato ISEE rilasciato dall'INPS da allegare in fotocopia*);

b) appartiene ad una delle seguenti categorie (*barrare la categoria di appartenenza*):

- nucleo familiare al cui interno è presente un percettore di pensione di invalidità civile (*allegare fotocopia del libretto di pensione*)
- nucleo familiare al cui interno è presente un percettore di pensione sociale (*allegare fotocopia del libretto di pensione*)
- nucleo familiare al cui interno è presente una persona al di sopra dei 75 anni di età
- nucleo familiare in cui il capofamiglia risulti disoccupato/in cerca di prima occupazione (*allegare il certificato di iscrizione rilasciato dall'Ufficio di collocamento da non oltre 1 anno solare*)

(segue)

e indica di seguito il cognome, il nome, gli estremi del documento di riconoscimento e il codice fiscale della persona in possesso del requisito sopra indicato (*da indicare solo se la persona in possesso del requisito indicato è diversa dal titolare del contratto di abbonamento*):

(Cognome e Nome)

Estremi del documento di riconoscimento (*allegare fotocopia del documento di identità o della patente di guida o del passaporto*) Codice fiscale

2. di essere consapevole che:

- le condizioni economiche agevolate decorrono: a) se il contratto di abbonamento è già in essere, dal giorno di ricezione da parte di Telecom Italia della presente richiesta; b) se il contratto di abbonamento è nuovo, dal giorno dell'attivazione dell'impianto;
- le condizioni economiche agevolate decadono dal giorno successivo alla data di validità dell'attestato ISEE rilasciato dall'INPS;
- entro la data di scadenza dell'indicatore ISEE presente nell'attestato dovrà presentare un nuovo attestato ISEE rilasciato dall'INPS;
- il venire meno dei requisiti di cui al punto 1, determinando la decadenza dell'agevolazione, dovrà essere tempestivamente comunicato a Telecom Italia, a mezzo lettera raccomandata allo stesso indirizzo a cui viene inviata la presente dichiarazione;
- Telecom Italia potrà effettuare in qualsiasi momento i controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante.

In esecuzione degli artt. 10 e 11 della legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il sottoscritto fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, anche per dare integrale esecuzione a tutti gli obblighi dell'agevolazione e sue eventuali integrazioni/evoluzioni.

.....
Luogo e data

.....
Firma per esteso

1. Il modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà essere inviato a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo indicato in bolletta.

Riepilogo dei documenti da allegare al presente modulo: 1) fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del titolare del contratto di abbonamento e anche della persona avente il requisito sociale richiesto, se diversa dal titolare; 2) nel caso di disoccupato/in cerca di prima occupazione, certificato di iscrizione rilasciato dall'Ufficio di collocamento; 3) fotocopia dell'attestato ISEE rilasciato dall'INPS; 4) fotocopia della pensione sociale o di invalidità civile dalla quale risultino: nome, cognome, codice fiscale, categoria della pensione, codice INPS e decorrenza della pensione.

2. Se l'indirizzo e-mail è indicato, Internet costituirà il canale preferenziale per eventuali comunicazioni da parte di Telecom Italia.

MODELLO 34

RICHIESTA DI ESENZIONE DAL PAGAMENTO DEL CANONE MENSILE DI ABBONAMENTO
AL SERVIZIO TELEFONICO DI CATEGORIA B

(Agevolazioni di cui alle Delibere dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni
n. 314/00/CONS del 01.06.2000 e n. 330/01/CONS del 01.08.2001)

Spett. le Telecom Italia S.p.A.

Indirizzo:.....

Il sottoscritto (Cognome e Nome) nato a
il residente in (Comune e Provincia) indirizzo
(via/viale/piazza e numero civico) Cap
recapito telefonico n. / e-mail fax n.
Estremi del documento di riconoscimento (allegare fotocopia del documento
di identità o della patente di guida o del passaporto) Codice fiscale

Titolare della seguente utenza telefonica di categoria B (barrare se il contratto di abbonamento è già in
essere ed indicare il numero telefonico nell'apposito riquadro sottostante), richiedente l'attivazione della
seguente utenza telefonica di categoria B (barrare se il contratto di abbonamento è nuovo ed indicare, se
conosciuto, il numero telefonico assegnato nell'apposito riquadro sottostante) installata/da installare in
(comune, provincia, via/ viale/ piazza, numero civico, cap)

.....
indirizzo che coincide con quello di abitazione del suo nucleo familiare

CHIEDE

di usufruire dell'esenzione dal pagamento del canone (ex art. 1 comma 2 della Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 314/00/CONS) per l'utenza sopraindicata.
A tal fine, consapevole del fatto che le dichiarazioni mendaci, l'esibizione o l'uso di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità sono puniti ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, con la sottoscrizione della presente ad ogni effetto di legge

DICHIARA

1. di essere in possesso del requisito di cui all'art. 1, comma 2, della Delibera dell'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni n. 314/00/CONS del 01.06.2000 ed in particolare che (barrare una delle due caselle):

è sordomuto che utilizza il Dispositivo Telefonico per Sordomuti (DTS) (allegare fotocopia del certificato di sordomutismo rilasciato dalla commissione medica pubblica di accertamento ai sensi della legge 381/70 e la fotocopia della specifica prescrizione autorizzativa rilasciata da un medico specialista ASL per la fornitura del DTS),

nel nucleo familiare di appartenenza risiede un sordomuto che utilizza il Dispositivo Telefonico per Sordomuti (DTS) (allegare fotocopia del certificato di sordomutismo rilasciato dalla commissione medica pubblica di accertamento ai sensi della legge 381/70 e la fotocopia della specifica prescrizione autorizzativa rilasciata da un medico specialista ASL per la fornitura del DTS), di cui riporta di seguito il cognome, il nome, gli estremi del documento di riconoscimento ed il codice fiscale (da indicare solo se la persona in possesso del requisito indicato è diversa dal titolare del contratto di abbonamento):

(Cognome e Nome) Estremi
del documento di riconoscimento (allegare fotocopia del documento
di identità o della patente di guida o del passaporto) Codice fiscale

(segue)

2. che i dati relativi al Dispositivo Telefonico per Sordomuti (DTS) utilizzato sono i seguenti:
 casa costruttrice modello n. matricola
 (serial number S/N)

3. di essere consapevole che:

- le condizioni economiche agevolate decorrono: a) se il contratto di abbonamento è già in essere, dal giorno di ricezione da parte di Telecom Italia della presente richiesta; b) se il contratto di abbonamento è nuovo, dal giorno dell'attivazione dell'impianto;
- il venire meno del requisito di cui al punto 1, determinando la decadenza dell'agevolazione, dovrà essere tempestivamente comunicato a Telecom Italia, a mezzo lettera raccomandata, allo stesso indirizzo a cui viene inviata la presente dichiarazione;
- Telecom Italia potrà effettuare in qualsiasi momento i controlli previsti dalle vigenti normative circa la veridicità delle dichiarazioni rese dal dichiarante.

In esecuzione degli artt. 10 e 11 della legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il Sottoscritto fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria anche per dare integrale esecuzione a tutti gli obblighi dell'agevolazione e sue eventuali integrazioni/evoluzioni.

.....
 Luogo e data

.....
 Firma per esteso

1. Il modulo, compilato in ogni sua parte, dovrà essere inviato a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo indicato in bolletta.

Riepilogo dei documenti da allegare al presente modulo: 1) fotocopia del documento di identità o della patente di guida o del passaporto in corso di validità del titolare del contratto di abbonamento e anche della persona avente il requisito sociale, se diversa dal titolare; 2) certificato di stato di famiglia (solo se la persona avente il requisito sociale è diversa dal titolare); 3) fotocopia del certificato di sordomutismo rilasciato da commissione medica pubblica di accertamento ai sensi della legge 381/70; 4) fotocopia della specifica prescrizione autorizzativa rilasciata da un medico specialista ASL per la fornitura del DTS.

2. Se l'indirizzo e-mail è indicato, Internet costituirà il canale preferenziale per eventuali comunicazioni da parte di Telecom Italia.

MODELLO 35

Giudice di Pace di (1)
 Atto di citazione

Per (generalità attore) (2), domiciliato in,
 Via

Contro (3) in persona del legale rappresentante pro tempore

PREMESSO

- che l'attore ha presentato in data domanda per
- che (l'Ufficio Pubblico) ha chiesto che alla domanda venisse allegata la seguente documentazione
- che l'art. 18, comma 3, della legge 241/90 prevede che: «Parimenti sono accertati d'ufficio dal responsabile del procedimento amministrativo i fatti, gli stati e le qualità che la stessa amministrazione procedente o altra pubblica amministrazione è tenuta a certificare»;
- che l'art. 43, comma 1, del d.p.r. 445/2000 prevede che «Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi non possono richiedere atti o certificati concernenti stati, qualità personali e fatti che risultino elencati all'art. 46, che siano attestati in documenti già in loro possesso o che comunque esse stesse sono tenute a certificare. In luogo di tali atti o certificati i soggetti indicati nel presente comma sono tenuti ad acquisire d'ufficio le relative informazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, dell'amministrazione competente e degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato»;
- che (l'Ufficio Pubblico) non ha accettato che l'attore presentasse in luogo della documentazione richiesta una dichiarazione sostitutiva, come previsto dalle citate disposizioni di legge;
- che l'attore è stato quindi costretto a porre in essere adempimenti e comportamenti del tutto superflui; per ottenere quanto richiesto nella sua istanza si è dovuto recare presso altra pubblica amministrazione che deteneva la documentazione richiesta, e a recarsi di nuovo presso l'Ufficio Pubblico cui la richiesta era indirizzata per allegarla alla domanda;
- che il comportamento dell'Ufficio Pubblico destinatario dell'istanza è palesemente illegittimo; infatti, questi ha agito in palese spregio delle citate disposizioni di legge, non procedendo all'acquisizione d'ufficio della documentazione richiesta, e non accettando la dichiarazione sostitutiva, e quindi ha subordinato il conseguimento del bene oggetto dell'istanza ad adempimenti e oneri cui l'attore non era assolutamente tenuto; ciò ha prodotto in capo all'istante un evidente danno ingiusto ex art. 2043, derivante dalla ingiustificata violazione delle citate disposizioni di legge, nonché del più generale principio del «neminem ledere», e consistente nel disagio arrecato al cittadino utente dell'Ufficio Pubblico convenuto a causa del prolungarsi dei tempi di ricezione ed accettazione dell'istanza (necessari per l'acquisizione della documentazione richiesta) e dei defatiganti adempimenti cui l'attore è stato costretto, accompagnati dalla consapevolezza della loro inutilità e del sopruso cui era sottoposto.

Per i motivi sovraesposti, (*generalità attore*)

CITA

..... (*l'Ufficio Pubblico*) per ivi sentir accogliere le seguenti

(*segue*)

CONCLUSIONI

Piaccia all'ill.mo Giudice di Pace adito, contrariis reiectis:

1. accertare e dichiarare l'illegittimità del comportamento di (*l'Ufficio Pubblico*) in riferimento a quanto previsto dalla legge 241/90 e dal DPR 445/2000;
 2. condannare (*l'Ufficio Pubblico*) ex art. 2043 c.c. al risarcimento del danno subito dall'attore nella misura che verrà ritenuta equa e di giustizia, e comunque entro il limite di competenza del giudice adito.
-

Note esplicative:

- (1) distretto di appartenenza;
- (2) chi presenta il ricorso;
- (3) Ufficio Pubblico contro cui si ricorre.