

**DOMANDA DI ACCERTAMENTO SANITARIO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere sottoposto ad accertamento sanitario per:

- 1) il rilascio/rinnovo del "**contrassegno di parcheggio per disabili**" per circolazione e sosta dei veicoli a soggetti aventi una effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta come previsto dal Nuovo Codice della Strada (D.Lgs. 285/92, art. 188) e dal relativo regolamento di esecuzione ed attuazione (D.P.R. 495/92, art. 381, comma 3) e s.m.i. apportate dal D.P.R. 151/2012.
- 2) il rilascio della certificazione medica attestante **l'esenzione dall'obbligo di allacciare le cinture di sicurezza**, come previsto dal Nuovo Codice della Strada (D.Lgs. 285/92, art. 172) successive modifiche (D.Lgs. 150/2006: attuazione direttiva 2003/20/CE).
- 3) il riconoscimento di **grave patologia** per l'esclusione delle giornate di assenza dovute alle terapie salvavita ed altre assimilabili temporaneamente invalidanti, dal computo delle assenze per malattia, ai sensi del vigente contratto collettivo di lavoro.
- 4) la fruizione del **congedo per cure** connesse all'infermità riconosciuta, ai sensi dell'Art.7 (Congedo per cure per gli invalidi) - del D.Lgs. n° 119/2011.
- 5) altro/specificare: \_\_\_\_\_

Autorizza inoltre, l'utilizzo dei dati personali forniti, consentendo anche il trattamento di quelli particolari di cui agli artt. 4, 9 e 10 del D.Lgs. n° 196/2003 e del Reg. UE n. 679/16 "Regolamento generale sulla protezione dei dati", per le finalità della prestazione richiesta.

Luogo e data

Firma del richiedente

**Allegati:**

- Copia Documento di identità in corso di validità
- Documentazione sanitaria riguardante le patologie:
- che determinano la grave compromissione della capacità di deambulazione (per visita di cui al punto **1**)
  - che costituiscono controindicazioni all'uso delle cinture di sicurezza (per visita di cui al punto **2**)
  - che comprovano lo stato invalidante: sintetico, mirato, recente (per visita di cui al punto **3**)
  - copia del verbale di invalidità civile e documentazione attestante la necessità delle cure connesse all'infermità riconosciuta (per visita di cui al punto **4**)
  - copia del verbale di invalidità civile e della Legge 104/92 (se in possesso)
- Ricevuta del versamento dei diritti sanitari (**salvo per accertamenti resi senza oneri**)