

Alla ASP  
Ufficio Invalidi Civili  
Via della Fisica 18/A-B  
85100 POTENZA

I sottoscritt \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
n. telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

n° \_\_\_\_\_ copie autenticate del verbale di invalidità civile.

**Si allega copia del documento di riconoscimento.**

**Si dichiara che non è stata effettuata visita, per il riconoscimento dell'invalidità civile/handicap/cecità/sordomutismo, successivamente alla data del 31/03/2007**

Data \_\_\_\_\_ (firma) (1) \_\_\_\_\_

---

(1) Se il richiedente non sa o non può firmare, la presente dichiarazione dovrà essere autenticata da un pubblico ufficiale (Comune, A.S.L., ecc.), il quale, previo accertamento dell'identità del dichiarante, dovrà specificare la causa dell'impedimento (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**SPAZIO RISERVATO ALL'AUTENTICA**

Dichiarante impossibilitato a firmare (causa dell'impedimento): .....

---

**DELEGA**

Il sottoscritto invalido \_\_\_\_\_ delega il Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ (firma) (1) \_\_\_\_\_