

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

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

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 **si dichiara che non è stata effettuata visita, per il riconoscimento dell'invalidità civile/handicap /cecità/sordomutismo, successivamente alla data del 31/03/2007**, pertanto

### CHIEDE

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

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

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) \_\_\_\_\_