

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Consapevole delle responsabilità penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Di essere nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____ Cod. Fiscale: _____

RICHIEDE

- Per se medesimo
- per il sig/ra _____ nato a _____ il _____ e
residente a _____ in VIA _____
C. FISCALE: _____ (grado di parentela: _____)

IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ESENZIONE PER

◇ **INVALIDITA' CIVILE**

- Verbale rilasciato in data _____ dall'ENTE _____
- Il sottoscritto dichiara che il verbale E' SCADUTO in data _____ e che è in attesa di chiamata a visita di Revisione da parte dell'INPS DI CAGLIARI.
NEL CASO DI CUI AL PUNTO PRECEDENTE, Il sottoscritto si impegna a produrre stesso mezzo (online) il verbale rilasciato dalla CML DELL'INPS DI CAGLIARI entro 3 giorni (non lavorativi) dal ricevimento dello stesso.

◇ **PATOLOGIA (forma morbosa)**

- Certificazione rilasciata dal dr _____ in data _____

SI ALLEGA OBBLIGATORIAMENTE IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Luogo e data, _____

Firma _____

Il sottoscritto _____ assistito o persona legalmente autorizzata, ai sensi del combinato disposto dell'art. 13 e 76 e ss del D.lgs 196/2003, informato del fatto che i propri dati personali verranno utilizzati dall'A.S.L., titolare del trattamento, esclusivamente per fini sanitari, consapevole di essere titolare dei diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003, **acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.**

Firma _____