

All'Ufficio Invalidi Civili  
c/o ASL .....  
Via ....., N. ....  
Cap..... Città .....

e p. c. INPS – Sede Territoriale di .....  
Via ....., N. ....  
Cap..... Città .....

e p.c. Procura della Repubblica di .....  
Via .....  
Cap..... Città .....

e p.c. Tribunale per i Diritti del Malato di  
Cittadinanzattiva:  
Via .....  
Cap..... Città.....

Oggetto: Signor/ra ....., nato/a a ..... il  
.....; Indennità di accompagnamento; esonero dalla visita di controllo  
della permanenza della menomazione ex L. 80 del 2006, art. 6, comma 3.

Lo/a scrivente, (cognome e nome)....., nato/a a  
..... il ....., residente a ..... in Via/P.zza  
..... è affetto da (descrivere la patologia)  
..... di cui allego la sottoelencata  
documentazione (allegare la documentazione)  
.....  
.....  
.....

#### PREMESSO CHE

con provvedimento del ..... Pratica N.....  
..... gli/le è stato/a riconosciuto/a la invalidità civile al 100% in forza della quale  
percepisce l'indennità di accompagnamento;

#### E CHE

il Decreto Ministeriale 2 agosto 2007 (Gazzetta Ufficiale 27 settembre 2007, n. 225),  
attuativo dell'art. 6 comma 3 della Legge 9 marzo 2006 n. 80, pubblica in apposito elenco le  
patologie e le menomazioni per le quali **si prevede l'esonero dall'accertamento**;

#### DICHIARA

di essere affetto da patologia/e o menomazione/i compresa/e nell'elenco delle patologie di cui  
al sopra richiamato Decreto Ministeriale;

#### CHIEDE

di sapere se sono stati inviati all'INPS i fascicoli con la relativa documentazione di invalidità per gli adempimenti di competenza come raccomandato con Nota dell'Ufficio VII dell'Ex Ministero della Salute del 30 maggio 2008 e con il messaggio INPS n. 12727 del 3 giugno 2008;

#### SI INVITA E DIFFIDA

- l'Azienda Sanitaria Locale ..... dal disporre qualsivoglia interruzione dell'erogazione dell'indennità di accompagnamento e dal convocare lo/a scrivente a visita di accertamento del permanere della menomazione poiché derivante da una patologia che di fatto da diritto all'esonero dal sottoporsi a tale accertamento periodico;

- la Commissione Invalidi Civili presso la ASL ..... a riconoscere e dare atto dello stato permanente di invalidità in cui versa lo/a scrivente ex L. 80/2006 con il conseguente diritto ad essere esonerato/a dall'obbligo di sottoporsi a visita di controllo annuale al fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, dandone comunicazione scritta allo/a scrivente ....., all'INPS ed all'Associazione Cittadinanzattiva ..... (specificare indirizzo dell'Associazione).

La presente è valida a tutti gli effetti quale esposto - querela e viene inviata per conoscenza alla Procura della Repubblica, con la preghiera di verificare che la condotta posta in essere dalla ASL ..... non integri gli estremi di reato, individuando eventualmente le specifiche responsabilità. Lo/a scrivente ..... chiede inoltre di essere informato/a in caso di archiviazione della notizia di reato.

Resto in attesa di riscontro da parte della ASL ..... entro 15 giorni dalla ricezione della presente, con l'avvertimento che, in difetto, procederò alla tutela della mia posizione con ogni iniziativa sarà ritenuta opportuna.

Luogo e data

Cognome e Nome

Firma

