

**MODULO PER LA DOMANDA DI RICORSO IN BASE ALLA LEGGE  
104/92 (richiesta sulla situazione di gravità per il richiedente)**

*Alla commissione sanitaria d'appello  
per l'accertamento dell'invalidità civile  
cecità civile e sordomutismo  
Rip. 23 – Ufficio igiene e salute pubblica  
Via Canonico M. Gamper 1 - 3° piano, stanza 301  
**39100 BOLZANO***

*Tel: 0471/418177 – 418165  
Fax: 0471/418189*

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ , nato/a il \_\_\_\_\_ ,  
residente a \_\_\_\_\_ , via/piazza \_\_\_\_\_ ,  
no. \_\_\_\_\_ , **tel.** \_\_\_\_\_ ,

***inoltra con la presente ai sensi dell'art. 33 della legge 5  
febbraio 1992, n. 104***

**FORMALE RICORSO**

*Avverso il giudizio della commissione di 1° istanza sulla **situazione di gravità**, espresso nei suoi confronti nella visita del \_\_\_\_\_ ,  
notificato il \_\_\_\_\_ in relazione alla sua domanda di data  
\_\_\_\_\_*

**Si allegano:** - **certificazione del medico specialista in originale e  
rilasciato da non più di sei mesi.**  
- **modulo per la protezione dei dati personali  
(D.Lgs.n. 196/2003)**

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma dell'invalido **maggiorenne**)