

Oggetto: Diffida ai sensi del comma 1 dell'art. 3 del D.P.R. 21/9/1994 n. 698;
Riconoscimento dello stato di invalidità civile o di handicap.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____
residente in _____ Prov. (____)
Via _____ n. _____ telefono _____,
avendo in data ____/____/____ inoltrato domanda all'INPS sede di _____,
n. domus _____, intesa ad accertare (contrassegnare con una X):

- ☐ l'invalidità civile.
- ☐ Aggravamento.
- ☐ la condizione di persona handicappata, a sensi della Legge 104/92
- ☐ cieco civile o sordomuto

e, essendo trascorsi tre mesi senza che detta Commissione abbia fissato la data per la prevista visita medica,

DIFFIDA

con la presente, Codesto Assessorato ad adottare ogni provvedimento di Sua competenza.

Si allegano:

- copia della domanda Inoltrata all'INPS
- copia del documento di riconoscimento.

Si resta in attesa di riscontro nei modi e nei termini di legge.

Data

In fede
