

**Oggetto: richiesta certificazione di gravi limitazioni alla capacità di apprendimento linguistico.**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_  
(cognome, nome)

CHIEDE

di essere sottoposta/o ad accertamento sanitario, ai sensi del c. 3/b dell'art. 1 del D.M. 4 giugno 2010, per limitazioni derivanti da (*barrare il caso che ricorre*):

patologia       età       handicap

allo scopo di ottenere la concessione/rinnovo di rilascio del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo (ex carta di soggiorno)

DICHIARA

di essere nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ ,  
documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda:

- fotocopia documento d'identità  
 documentazione sanitaria (specificare quale)

Contattare per comunicazioni relative alla presente domanda:

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma dell'interessata/o

Dichiarante impossibilitato a firmare per (causa dell'impedimento, ad es. dichiarato analfabetismo, cecità) :

Data \_\_\_\_\_

Firma del Pubblico Ufficiale