

CUGNIGNI ROSELLA  
C.da Tacchiare 6/A  
63839 SERVIGLIANO

Comune di S. Vittoria in Matenano		
30 APR. 2020		
Prot. n. ....	2653	.....
Cat. ....	1	Cl. .... 6 Fasc. .... 1

30.04.2020

Al Sig. Sindaco  
S. Vittoria in Matenano

Al Segretario Comunale  
S. Vittoria in Matenano

Al Responsabile del personale  
Dott. Enrico Gasparri  
Sede

OGGETTO: Legge 104/92.

La sottoscritta Rosella Cugnigni, Istruttore Direttivo del Comune di Santa Vittoria in Matenano, chiede di usufruire dei benefici della legge di cui all'oggetto per il proprio genitore Sig. Cugnigni Dino nato a Belmonte Piceno il 03.01.1932 ivi residente a Servigliano in Via Mario Luciani n. 10 e a tal fine dichiara di essere l'unica persona a godere di tale beneficio.

Con osservanza

Alla presente allega:

- . Copia verbale della Commissione Medica INPS di Fermo
- . Fotocopie documenti di riconoscimento

Cugnigni Rosella  


**DICHIARAZIONE DI ASSISTENZA A PERSONA DISABILE AI FINI DELLA PRECEDENZA  
DI CUI AI COMMI 5 e 7 DELL' ART. 33 LEGGE 104/92**  
- assistenza al coniuge, al figlio, al genitore e al fratello/sorella in situazione di disabilità -

Il/La sottoscritto/a CUGNIGNI ROSSELLA nato/a a BELTRONTE  
PICENO (prov. FR), il 14.08.1961, docente titolare presso  
IL COMUNE DI SANTA VITTORIA IN  
MATENANO, in servizio presso

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445; nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28/12/2000, n. 445, così come modificato e integrato dall'art. 15, della legge 16 gennaio 2003, n. 3:

il/la Sig. CUGNIGNI DINO, nato/a a BELTRONTE PICENO  
il 03.01.1932, residente nel comune di SERVIGIANO, con il/la quale ha il  
seguito rapporto di parentela FIGLIA,

è disabile in situazione di gravità;  
(allega a tal fine certificato rilasciato dalla commissione medica funzionante presso l'A.S.L., di cui all'art. 4 L. 104/92, dalla quale risulta la situazione di gravità e la necessità di assistenza continuativa, globale e permanente)

non è ricoverato/a a tempo pieno presso un Istituto specializzato.

**Dichiara inoltre:**

- di essere l'unico figlio/a a convivere con la persona disabile;
- di prestare al/alla suddetto/a assistenza continuativa esercitata in via esclusiva;
- (in caso di assistenza a genitore disabile) che non vi sono fratelli/sorelle, oltre al/alla sottoscritto/a, idoneo/a a prestare assistenza perché \_\_\_\_\_ (motivare) <sup>1</sup> e pertanto di essere l'unico/a membro della famiglia in grado di provvedere a ciò;
- (in caso di assistenza al fratello/ sorella convivente, disabile) che entrambi i genitori sono scomparsi o impossibilitati a provvedere all'assistenza del figlio disabile in situazione di gravità, perché totalmente disabili.

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente ogni variazione dell'attuale situazione.

S. VITTORIA R. il 30.04.2020

Firma Rosella Cugnigni

<sup>1</sup> Nel caso in cui ci siano fratelli/sorelle occorre che gli/le stessi/e dichiarino (o documentino) che non sono in grado di prestare assistenza per motivi oggettivi (ad es. perché minorenni/i, perché disabili/i a sua/loro volta, perché residenti/i all'estero o in altra provincia, o comunque a distanze tali da non consentire l'assistenza, ecc...)

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



MBPA/PAC/0006/2017  
I  
RIC90660CFE0010006 01 MI03  
23408425  
5 10 DCOPD0798

**RK2**



68961311747-2

DINO CUGNIGNI  
VIA MARIO LUCIANI, 10  
63839 SERVIGLIANO FM

Gentile CUGNIGNI DINO,

le trasmetto il verbale sanitario contenente il giudizio definitivo espresso dall'INPS sull'accertamento dell'invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Le ricordo che, avverso tale decisione, può presentare ricorso innanzi all'Autorità giudiziaria ordinaria entro il termine di sei mesi dalla data di ricevimento di questa comunicazione.

Cordiali saluti.

Il direttore della Sede

Sul sito internet [www.inps.it](http://www.inps.it) può controllare lo stato della sua domanda e le relative comunicazioni utilizzando per l'accesso il PIN in suo possesso oppure può rivolgersi all'Ente di patronato da Lei scelto. Telefonando al numero gratuito **803 164** un operatore sarà a Sua disposizione per informazioni e notizie **dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14.**

**ASL**

COMMISSIONE LEGGE 104/92  
VIA ZEPELLI, 18 63900  
FERMO, FM - MARCHE

COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP  
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

**Data visita:** 1/3/2019 **Data definizione:** 1/3/2019 **Tipo accertamento:** Ambulatoriale /primo accertamento

**Data domanda:** 14/2/2019 **N. Domanda:** 3930807308066 **Tipo domanda:** L.104/92

**CUGNIGNI DINO C.F.:** CGNDNI32A03A760Z

**Data di nascita:** 3/1/1932 **Luogo di nascita:** BELMONTE PICENO (FM) **Stato civile:** Non Pervenuto

**Residenza:** VIA MARIO LUCIANI, 10 63839 SERVIGLIANO (FM)

**Documento di riconoscimento:** Carta di Identita' AT8004065 3/4/2014 COMUNE DI BELMONTE PICENO

**Attività lavorativa:** Altro

---

**Dati anamnestici:** NEL DICEMBRE 2018 INTERVENTO DI RIDUZIONE E SINTESI CON CHIODO ENDOMILLARE PER FRATTURA PERTROCANTERICA SINISTRA, IN ATTUALE FKT. AFFETTO INOLTRE DA CARDIOPATIA IPERTENSIVA; MACULOPATIA CON IPOVISU OS (VOS 1/10) E K PROSTATA IN TERAPIA CON CASODEX

**Esame obiettivo:** ACCEDE IN SEDE DI VISITA IN CARROZZINA. CONDIZIONI GENERALI DISCRETE. VIGILE E COLLABORANTE. SUFFICIENTEMENTE ORIENTATO. FLESSIONE DELL'ANCA RIDOTTA PER UN MEZZO. CAMBI DI POSTURA CON DOPPIO APPOGGIO. DEAMBULAZIONE A PICCOLI PASSI STRISCIANTI CON GIRELLO.

**Accertamenti disposti:** SI SEGNA LA PATENTE DI GUIDA ALLA MOTORIZZAZIONE PER REVISIONE

**Documentazione acquisita:** LETTERA DI DIM DEL 04/01/2019; CERT. ORTOPEDICO DEL 29/01/2019; CERT. UROLOGICO DEL 06/10/2016

**Parere dell'esperto:**

---

**Diagnosi:**

DISABILITA' MOTORIA IN 87ENNE CON RECENTE FRATTURA PERTROCANTERICA SINISTRA. CARDIOPATIA IPERTENSIVA. MACULOPATIA CON IPOVISUS OS (VOS 1/10) E K PROSTATA IN TERAPIA CON CASODEX

**Codice ICD9**

---

**Diagnosi funzionale:**

---

**Ai sensi dell'art. 4 della legge 05 febbraio 1992 n.104, la Commissione Medica riconosce l'interessato:  
PORTATORE DI HANDICAP (COMMA 1 ART. 3)**

---

**L'interessato:**

-è invalido con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art. 381 del DPR 495/1992)

---

**REVISIONE:** NO

---

**Presidente:** PRESENTE NON

**Componente:** ANTONIO MARCELLI

**Componente:** ALESSIA ROMANELLI

**Esperto:** ROMANA ATTORRESI

**Operatore Sociale:** LAURA ANDREOZZI

**Medico di Categoria:** PAOLO SIGNORE

Firme autografe sostituite a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

**UOC/UOS TERRITORIALE INPS 0690 - CML di FERMO**

**DATA 19/4/2019, RESPONSABILE UOC/UOS O SUO DELEGATO : ELISABETTA**

**DESTRO**

**SI APPROVA AI SENSI DELL'ART.20 COMMA 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2009 N. 102**

**ASL**

COMMISSIONE LEGGE 104/92  
VIA ZEPELLI, 18 63900  
FERMO - FM - MARCHE

COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP  
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

**Data visita:** 1/3/2019 **Data definizione:** 1/3/2019 **Tipo accertamento:** Ambulatoriale /primo accertamento

**Data domanda:** 14/2/2019 **N. Domanda:** 3930807308066 **Tipo domanda:** L.104/92

**CUGNIGNI DINO C.F.:** CGNDNI32A03A760Z

**Data di nascita:** 3/1/1932 **Luogo di nascita:** BELMONTE PICENO (FM) **Stato civile:** Non Pervenuto

**Residenza:** VIA MARIO LUCIANI, 10 63839 SERVIGLIANO (FM)

**Documento di riconoscimento:** Carta di Identita' AT8004065 3/4/2014 COMUNE DI BELMONTE PICENO

**Attività lavorativa:** Altro

---

**Dati anamnestici:** OMISSIS

**Esame obiettivo:** OMISSIS

**Accertamenti disposti:** OMISSIS

**Documentazione acquisita:** OMISSIS

**Parere dell'esperto:** OMISSIS

---

**Diagnosi:** OMISSIS

**Codice ICD9**

**OMISSIS**

---

**Diagnosi funzionale:** OMISSIS

---

**Ai sensi dell'art. 4 della legge 05 febbraio 1992 n.104, la Commissione Medica riconosce l'interessato:**  
**PORTATORE DI HANDICAP (COMMA 1 ART. 3)**

---

**Ricorrono le previsioni di cui:**

-all'art. 381 del DPR 495/1992

---

**REVISIONE:** NO

---

**Presidente:** PRESENTE NON

**Componente:** ANTONIO MARCELLI  
**Componente:** ALESSIA ROMANELLI  
**Esperto:** ROMANA ATTORRESI  
**Operatore Sociale:** LAURA ANDREOZZI  
**Medico di Categoria:** PAOLO SIGNORE

Firme autografe sostituite a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

**UOC/UOS TERRITORIALE INPS 0690 - CML di FERMO**

**DATA 19/4/2019, RESPONSABILE UOC/UOS O SUO DELEGATO : ELISABETTA**

**DESTRO**

**SI APPROVA AI SENSI DELL'ART.20 COMMA 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2009 N. 102**

## SCHEDA PER LA DEFINIZIONE DELLE CAPACITA'

	Qualificatore di performance	Qualificatore di capacita'
d1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLA CONOSCENZA		
d110	Guardare	
d115	Ascoltare	
d140	Imparare a leggere	
d145	Imparare a scrivere	
d150	Imparare a calcolare	
d175	Risoluzione di problemi	
d2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI		
d210	Intraprendere un compito singolo	
d220	Intraprendere compiti articolati	
d3. COMUNICAZIONE		
d310	Comunicare con - ricevere - msg verbali	
d315	Comunicare con - ricevere - msg non verbali	
d330	Parlare	
d335	Produrre msg non verbali	
d350	Conversazione	
d4. MOBILITA'		
d430	Solleverare e trasportare oggetti	
d440	Uso fine della mano	
d450	Camminare	
d465	Spostarsi usando apparecchiature/ausili	
d470	Usare un mezzo di trasporto	
d475	Guidare	
d5. CURA DELLA PROPRIA PERSONA		
d510	Lavarsi	
d520	Prendersi cura di singole parti del corpo	
d530	Bisogni corporali	
d540	Vestirsi	
d550	Mangiare	
d560	Bere	
d570	Prendersi cura della salute	
d6. VITA DOMESTICA		
d620	Procurarsi beni e servizi	
d630	Preparare i pasti	
d640	Fare i lavori di casa	
d660	Assistere gli altri	
d7. INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI		
d710	Interazioni interpersonali semplici	
d720	Interazioni interpersonali complessi	

d730 Entrare in relazione con estranei

d740 Relazioni formali

d750 Relazioni sociali informali

d760 Relazioni familiari

d770 Relazioni intime

d8. AREE DI VITA PRINCIPALI

d810 Istruzione informale

d820 Istruzione scolastica

d830 Istruzione superiore

d850 Lavoro retribuito

d860 Transazioni economiche semplici

d870 Autosufficienza economica

d9. VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'

d910 Vita nella comunita'

d920 Ricreazione e tempo libero

d930 Religione e spiritualita'

d940 Diritti umani

d950 Vita politica e cittadinanza

QUALUNQUE ALTRA ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

d166 lettura

d170 scrittura

d172 calcolo

---

**Breve Lista Fattori Ambientali**

**Qualificatore**  
**Barriere Facilitatori**  
**0/4,8,9 +0/+4,+8,+9**

---

e1. PRODOTTI E TECNOLOGIA

- e110 Prodotti o sostanza per il consumo personale
- e115 Prodotti e tecnologia per l'uso personale
- e120 Prodotti per la mobilita' e il trasposrto personale
- e125 Prodotti e tecnologia per la comunicazione
- e150 Prodotti e tecnologia per la progettazione e costruzione di edifici pubblici
- e155 Prodotti e tecnologia per la progettazione e costruzione di edifici privati

e2. AMBIENTE NATURALE E CAMBIAMENTI EFFETTUATI DALL'UOMO

- e225 Clima
- e240 Luce
- e250 Suono

e3. RELAZIONI E SOSTEGNO SOCIALE

- e310 Famiglia ristretta
- e320 Amici
- e325 Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri comunita'
- e330 Persone in posizione di autorita'
- e340 Persone che forniscono aiuto o assistenza
- e355 Operatori sanitari
- e360 Altri operatori

e4. ATTEGGIAMENTI

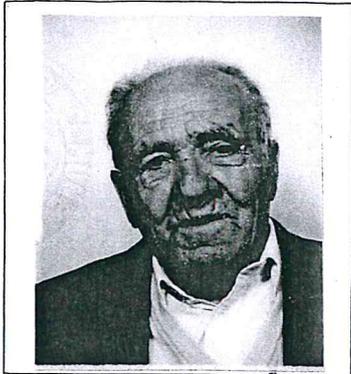
- e410 Atteggiamenti individuali dei componenti famiglia ristretta
- e420 Atteggiamenti individuali degli amici
- e440 Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto
- e450 Atteggiamenti individuali di operatori sanitari
- e455 Atteggiamenti individuali di altri operatori
- e460 Atteggiamenti della societa'
- e465 Norme sociali, costumi e ideologie

e5. SERVIZI, SISTEMI E POLITICHE

- e525 Servizi, sistemi e politiche abitative
- e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione
- e540 Servizi, sistemi e politiche di trasporto
- e550 Servizi, sistemi e politiche legali
- e570 Servizi, sistemi e politiche previdenziali/assistenziali
- e575 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale
- e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie
- e585 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione
- e590 Servizi, sistemi e politiche del lavoro

QUALUNQUE ALTRO FATTORE AMBIENTALE

Cognome **CUGNIGNI**  
 Nome **DINO**  
 nato il **03-01-1932**  
 (atto n. **1** l. **1** §. 1932)  
**BELMONTE PICENO (AP)**  
 Cittadinanza **Italiana**  
 Residenza **BELMONTE PICENO (FM)**  
 Via **CONTRADA COLLE ETE 16**  
 Stato civile =====  
 Professione =====  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **168**  
 Capelli **Brizzolati**  
 Occhi **Marroni**  
 Segni particolari **Nessuno**



Firma del titolare *Cugnigni Dino*  
**BELMONTE PICENO** li **03-04-2014**

Impronta del dito  
indice sinistro

IL SINDACO  
 Il Funz. Incaricato  
 (Bruno Teodori)  
*Bruno Teodori*



Scadenza : **03-01-2025**  
 Diritti : **5,42**



**AT 8004065**

IPZS S.p.A. - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
BELMONTE PICENO

---

**CARTA D'IDENTITA'**  
**N° AT 8004065**  
 DI  
**CUGNIGNI DINO**

Cognome **CIGNIGNI**  
 Nome **ROSELLA**  
 nato il **11-08-1961**  
 (atto n. **11** ..... P. **1** ..... S. **A** **1961**.....)  
 a **BELMONTE PICENO (AP)**.....)  
 Cittadinanza **ITALIANA**  
 Residenza **SERVIGLIANO (FM)**  
 Via **CONTRADA TACCHIARE 5/A**  
 Stato civile .....  
 Professione .....  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura **165**  
 Capelli **Castani**  
 Occhi **Castani**  
 Segni particolari.....



Firma del titolare *Rosella Cignigni*  
**SERVIGLIANO** **21-07-2018**

Impronta del dito indice sinistro

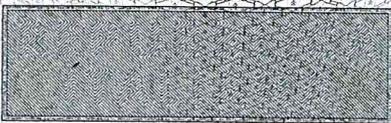
D'ONOFRANDE DONATO  
 II  
*Antonio Martolozzi*



Scadenza : **11-08-2028**  
 Diritti : **5,42**



**AY 6899521**



IPZS. SPA - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
**SERVIGLIANO**

**CARTA D'IDENTITA'**  
 N° **AY 6899521**  
 DI  
**CIGNIGNI ROSELLA**