

Spett.le I.N.P.S,

Sede di _____

Alla c.a. della Commissione medica di verifica ex art. 80 del D.L. n. 112/2008

Indirizzo _____

c.a.p. _____ località _____ prov. ()

RACCOMANDATA A/R

Oggetto: **convocazione a visita di verifica, art. 80 del D.L. n. 112/2008**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a
_____ in via/piazza _____

C.F. _____, in relazione alla comunicazione di
codesto INPS ricevuta in data _____, con cui gli/le viene reso noto di essere incluso/a
nel procedimento di verifica di cui all'oggetto, fa presente di essere titolare di indennità di
comunicazione (art. 4 della legge n. 508/88) in quanto riconosciuto/a sordo/a pre-linguale (art. 1
della legge n. 381/70) come da certificazione che si allega in fotocopia alla presente e, pertanto, ai
sensi dell'art. 97, comma 2, della legge n. 388/2000 e del regolamento di cui al D.M. 2 agosto 2007,
è esentato/a dal presentarsi alla visita di verifica in questione.

Lo/la scrivente è a disposizione per fornire ulteriore documentazione qualora la
commissione lo richieda.

Si allega, altresì, fotocopia di un documento valido di riconoscimento.

Luogo e data

Firma _____