

1
[] INVALIDO / LEGGE 68 / LEGGE 104

ASL

VIA [REDACTED]

2
[] COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO
DELL'INVALIDITA' CIVILE, DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'
(ai sensi dell'art. 20 della Legge 3 agosto 2009 n. 102)

3
[] Data visita: [REDACTED] Data definizione: [REDACTED] Tipo accertamento: Ambulatoriale /primo accertamento

Data domanda: [REDACTED] N. Domanda: [REDACTED] Tipo domanda: Invalidita' Civile

[REDACTED] C.F.: [REDACTED]

Data di nascita: [REDACTED] Luogo di nascita: [REDACTED] Stato civile: [REDACTED]

Residenza: [REDACTED]

Documento di riconoscimento: Carta di Identita' [REDACTED] Comune

Attivita' lavorativa: Altro

4
[] Dati anamnestici: [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Esame obiettivo:

Accertamenti disposti:

Documentazione acquisita: La documentazione medica citata in anamnesi e allegata al file informatico

5
[] Diagnosi:
[REDACTED]
[REDACTED]

Codice DM 5/2/92

[REDACTED]
Codice ICD9

6
[] La Commissione Medica riconosce l'interessato:

INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 34% al 73% (art. 2 e 13 L.118/71 e art 9

DL 509/88)

Percentuale: 50 %

Data decorrenza: [REDACTED]

7 [Disabilità rilevate:

07 - Limitazioni funzionale movimenti articolari

8 [ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL DM 2/8/2007: NO

9 [REVISIONE: NO

Presidente: _____

Componente: _____

Esperto: _____

Medico del Lavoro: _____

Medico di Categoria: _____

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

UOC/UOS TERRITORIALE INPS _____ - CML di _____

DATA _____ RESPONSABILE UOC/UOS O SUO DELEGATO : _____

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