

1 [ INVALIDO / LEGGE 68 / LEGGE 104

ASL

VIA [REDACTED]  
[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: () 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 [ Disabilita' rilevate:  
07 - Limitazioni funzionale movimenti articolari

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

9 [ REVISIONE: NO

10 [ 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