

1 [**ASL**

VIA _____

2 [**COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL' HANDICAP**

(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

3 [**Data visita:** _____ **Data definizione:** _____ **Tipo accertamento:** Ambulatoriale /primo accertamento

Data domanda: _____ **N. Domanda:** _____ **Tipo domanda:** L.104/92

_____ **C.F.:** _____

Data di nascita: _____ **Luogo di nascita:** () **Stato civile:** _____

Residenza: _____

Documento di riconoscimento: Carta di Identita' _____ **Comune**

Attività lavorativa: Altro

4 [**Dati anamnestici:** _____

Esame obiettivo:

Accertamenti disposti:

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

Parere dell'esperto:

5 [**Diagnosi:** _____

Codice ICD9

6 [**Diagnosi funzionale:**

7 [**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)

REVISIONE: NO