



COMMISSIONE MEDICA DI PRIMA ISTANZA
PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE
DELLE CONDIZIONI VISIVE E DEL SORDOMUTISMO

di S. M. M. e. v. prov. CE

REVISIONE EFFETTUATA:

- ☐ 01 - con nuova visita medica
☐ 02 - su documentazione precedente
accertamento del.....

| | | | | | |
|--|--|--|---|---------------------------------------|--|
| 1 DISTRETTO SANITARIO N. <u>38</u> | | N. <u>132</u> | | Commissione N. <u>01</u> | |
| 2 DATA SEDUTA <u>12/11/04</u> | | 3 DATA PRESENTAZIONE DOMANDA <u>13/08/04</u> | | 4 N. DI PRATICA <u>1111811</u> | |
| COGNOME E NOME <u>COTIGLIUCCI FEDERICA</u> | | | 5 SESSO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | 11 MOTIVO PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA | |
| LUOGO DI NASCITA (Comune - Provincia) <u>MILANO</u> | | | 6 Cod. Prov. <u>28</u> | 7 Data di nascita <u>08/09/89</u> | |
| RESIDENZA ANAGRAFICA (Via - C.A.P. - Comune - Provincia) <u>Via Helonio, 18 - S. Maria CV</u> | | | 8 Codice residenza <u>111111</u> | | 12 TIPO DI ACCERTAMENTO |
| 9 STATO CIVILE <u>LIBERO</u> | | | Non coniugato <input checked="" type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> | | 13 Primo accertamento <input type="checkbox"/> |
| DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO | | | 10 Cod. Post. <u>63821</u> | | Accertamento successivo per: |
| Tipo: <u>CP</u> | | | Rilasciato da: <u>S. M. M. e. v.</u> il <u>03/12/2004</u> | | revisone d'ufficio <input type="checkbox"/> |
| | | | | | aggravamento <input type="checkbox"/> |
| | | | | | riduzione <input type="checkbox"/> |
| | | | | | Altro <input type="checkbox"/> |

omissis.....

Anamnesi.....

Accertamenti disposti:.....

Documentazione acquisita.....

Parere favorevole della Commissione
Medica di Verifica - I.N.P.S. Caserta
del.....

| | | | | |
|------------------------------|--|---|---|--|
| LA COMMISSIONE HA ACCERTATO: | | 14 Assenza di patologia <input checked="" type="checkbox"/> | Patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competente) <input type="checkbox"/> | Patologia di competenza della commissione <input type="checkbox"/> |
| Omissis..... | | 18) PRINCIPALI DISABILTA' RILEVATE | | |
| XXXXXX | | Psichiche: | | |
| XXXXXX | | - Intellettiva <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | - Mentale <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Sensoriali: | | |
| XXXXXX | | - Linguaggio <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | - Udito <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | - Vista <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Fisiche: | | |
| XXXXXX | | - Perdita anatomica arti <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | - Limitazione funzionale <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | - movimenti articolari <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Neurologiche <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Respiratorie <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Cardio-circolatorie <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | 19) CAUSE O CONCAUSE | | |
| XXXXXX | | Malformazioni congenite <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Malattie infettive <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Traumi traffico <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Traumi domestici <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Altre cause violente <input type="checkbox"/> | | |
| XXXXXX | | Intervento chir. mutilante <input type="checkbox"/> | | |

LA COMMISSIONE CERTIFICA CHE IL RICHIEDENTE, AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE E' RICONOSCIUTO (3):

01 NON INVALIDO (patologia non invalidante o con riduzione della capacità lavorativa in misura INFERIORE ad 1/3).

02 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura INFERIORE al 74%.....% (art. 2 e 13 L. 118/71 e art. 9 D. Lgs. 509/88).

03 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura NON INFERIORE al 74%.....% (art. 2 e 13 L. 118/71 e art. 9 D. Lgs. 509/88).

04 INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa (art. 2 e 12 L. 118/71): 100%.

05 INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/80 e 508/88).

06 INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L. 18/80 e 508/88).

07 MINORE con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età o ipoacusico (L. 289/90).

08 CIECO CON RESIDUO VISIVO non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuali correzione (L. 382/70 e 508/88) (OD: OS:).

09 CIECO ASSOLUTO (L. 382/70 e 508/88).

10 SORDOMUTO (L. 381/70 e 508/88).

11 INVALIDO ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri della sua età (1) ☐ lievi o ☐ medio-gravi o ☐ gravi, pari al:% ai soli fini dell'assistenza sanitaria (art. 5, cod. 7, D. Lgs. 124/98)

12 INVALIDO ultrasessantacinquenne con: (1) ☐ impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/80 e 508/88).
☐ necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L. 18/80 e 508/88)

A DECORRERE DAL (4).....

| | | | | | | | |
|---------------|----------------|---------------|----------------|--|------------------------------|----------------|-------|
| IL PRESIDENTE | Cognome | Nome | Firma | IL MEDICO DI CATEGORIA IL MEDICO SPECIALISTA LOCALE CE/2 | Cognome | Nome | Firma |
| | <u>Ferraro</u> | <u>Bregha</u> | <u>[Firma]</u> | | <u>Dr. Domenico Di Monda</u> | <u>[Firma]</u> | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |