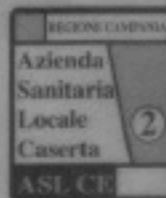


REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE CE/2 - AVERSÀ



Mod. A/SAN

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

di..... prov.

1 DISTRETTO SANITARIO N. 38		N. 38	Commissione N. 01			
2 DATA SEDUTA 12/11/01	3 DATA PRESENTAZIONE DOMANDA 13/08/01	4 N. DI PRATICA 11111111				
COGNOME E NOME COTTAZZI		5 SESSO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	11 MOTIVO PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA Lavoro (collocamento, variazione, ecc.) <input type="checkbox"/> 1 Pensione <input type="checkbox"/> 2 Assegno di accompagnamento (-18 a.) <input type="checkbox"/> 3 Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> 4 Protesi e ausili <input type="checkbox"/> 5 Altro..... <input type="checkbox"/> 6			
LUOGO DI NASCITA (Comune - Provincia) MILANO	6 Cod. Prov. Milano	7 Data di nascita 28/08/1989				
RESIDENZA ANAGRAFICA (Via - C.A.P. - Comune - Provincia) Via Helouin, 18 - 56124 - cr		8 Codice residenza 111111	12 TIPO DI ACCERTAMENTO Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Domiciliare <input type="checkbox"/> 2			
9 STATO CIVILE LIBERO	Non coniugato <input checked="" type="checkbox"/> 1	Coniugato <input type="checkbox"/> 2	Vedovo <input type="checkbox"/> 3	Divorziato <input type="checkbox"/> 4	Altro <input type="checkbox"/> 5	13 Primo accertamento Accertamento successivo per: revisione d'ufficio <input type="checkbox"/> 1 aggravamento <input type="checkbox"/> 2 riduzione <input type="checkbox"/> 3 Altro..... <input type="checkbox"/> 4
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO Tipo: C1		N. AK 638811	10 Cod. Post. 53128/2004			
Rilasciato da: S. Maini - cr il 03/08/2004						

omissis..

Anamnesi XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 type="checkbox"/> 1	Patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competente)	<input type="checkbox"/> 2	Patologia di competenza della commissione	<input type="checkbox"/> 3
PATOLOGIA COMPETENTE ACCERTATA		codici diagnostici	eventuali interventi chirurgici	18) PRINCIPALI DISABILITA' RILEVATE			
Omississ				Psichiche: - Intellettiva - Mentale	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02	Neurologiche	<input type="checkbox"/> 08
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				Sensoriali: - Linguaggio - Udito - Vista	<input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05	Respiratorie	<input type="checkbox"/> 09
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				Fisiche: - Perdita anatomica arti - Limitazione funzionale - movimenti articolari	<input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07	Cardio-circolatorie	<input type="checkbox"/> 10
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						19) CAUSE O CONCAUSE	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						Malformazioni congenite	<input type="checkbox"/> 11
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						Malattie infettive	<input type="checkbox"/> 12
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						Traumi traffico	<input type="checkbox"/> 13
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						Traumi domestici	<input type="checkbox"/> 14
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						Altre cause violente	<input type="checkbox"/> 15
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						Intervento chir. mutilante	<input type="checkbox"/> 16
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX							

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

A DECORRERE DAL (4)

Cognome	Nome	Firma
<i>François Brejza</i>		<i>Alex</i>



Cognome	Nome	Firma
Dr. Domenico Di Monda		