

COMMISSIONE SANITARIA PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITÀ CIVILE, DELLE CONDIZIONI VISIVE E DEL SORDOMUTISMO

Istituita ai sensi della L. 295/90 e delle LL.RR. 9/82 e 18/85

REVISIONE EFFETTUATA:

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

PARTE I - DATI ANAGRAFICO-AMMINISTRATIVI	1 ASL <u>A.S.L. Provincia MILANO 2 - Distretto di ROZZANO</u> N. <u>2</u> Commissione N. <u>05</u>	
	2 DATA SEDUTA <u>24 10 2001</u>	3 DATA PRESENTAZIONE DOMANDA <u>26 04 2001</u>
	4 N. DI PRATICA <u>010500</u>	
	5 COGNOME E NOME <u>VARDARO CRISTIAN</u>	
PARTE II - GIUDIZIO DIAGNOSTICO DELLA COMMISSIONE	6 LUOGO DI NASCITA (Comune - Provincia) <u>MILANO MI</u>	
	7 Data di nascita <u>25 03 1983</u>	
	8 RESIDENZA ANAGRAFICA (Via - C.A.P. - Comune - Provincia) <u>VIA DON L. STURZO, 22/B 20090 OPERA MI</u>	
	9 STATO CIVILE <u>Non Coniugato</u>	
	10 POSIZIONE NELLA PROFESSIONE <u>Minore/Studente</u>	
	11 MOTIVO PRESENTAZIONE DOMANDA <input type="checkbox"/> Lavoro (collocamento, variazione, ecc.) <input type="checkbox"/> Pensione <input type="checkbox"/> Indennità di frequenza <input type="checkbox"/> Indennità di accompagnamento <input type="checkbox"/> Indennità di comunicazione <input type="checkbox"/> Ottenimento servizi (protesi, ecc.)	
	12 TIPO DI ACCERTAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare	
	13 Primo accertamento Accertamento successivo per: <input type="checkbox"/> revisione d'ufficio <input type="checkbox"/> aggravamento <input checked="" type="checkbox"/> riduzione <input type="checkbox"/> U Aggravamento <input type="checkbox"/> altro	
	14 LA COMMISSIONE HA ACCERTATO: <input checked="" type="checkbox"/> Assenza di patologia <input type="checkbox"/> Patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competente) <input type="checkbox"/> Patologia di competenza della commissione	
	15 PATOLOGIA COMPETENTE ACCERTATA Diagnosi: <u>Esiti di plestocardiocostale valvolare. Esiti di plestocardiocostale progressivo cardiopatia neonatale</u> codici diagnosi <u>6409 PA</u> <u>6410 PA</u> <u>6442 PA</u> eventuali interventi chirurgici	
16 PRINCIPALI DISABILITÀ RILEVATE Psiciche: <input type="checkbox"/> Intellettiva <input type="checkbox"/> Mentale Sensoriali: <input type="checkbox"/> Linguaggio <input type="checkbox"/> Udito <input type="checkbox"/> Vista Fisiche: <input type="checkbox"/> Perdita anatomica arti <input type="checkbox"/> Limitazione funzionale movimenti articolari		
17 CAUSE O CONSEGUENZE <input type="checkbox"/> Neurologiche <input type="checkbox"/> Respiratorie <input type="checkbox"/> Cardio-circolatorie <input type="checkbox"/> Malformazioni congenite <input type="checkbox"/> Malattie infettive <input type="checkbox"/> Traumi traffico <input type="checkbox"/> Traumi domestici <input type="checkbox"/> Altre cause violente <input type="checkbox"/> Intervento chir. mutilante		
PARTE III - GIUDIZIO ESPRESSO DALLA COMMISSIONE	20 LA COMMISSIONE CERTIFICA CHE: AI SENSI DELLA LEGGE: 26.5.1970 n. 381 <input type="checkbox"/> 27.5.1970 n. 382 <input type="checkbox"/> 30.3.1971 n. 118 <input checked="" type="checkbox"/> 11.2.1980 n. 18 <input type="checkbox"/> 289/90 <input type="checkbox"/>	
	21 IL RICHIEDENTE È RICONOSCIUTO: <input type="checkbox"/> 01 NON INVALIDO (assenza di patologia o con riduzione della capacità lavorativa in misura INFERIORE AD 1/3 o minore deambulante) <input type="checkbox"/> 02 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AD 1/3 (art. 2 legge 118/71): <input checked="" type="checkbox"/> 03 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AI 2/3 (art. 2 e 13 legge 118/71): <u>67% % ferrouberette</u> <input type="checkbox"/> 04 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa (art. 2 e 12 legge 118/71): 100% <input type="checkbox"/> 05 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (legge 18/80) <input type="checkbox"/> 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 (legge 18/80) <input type="checkbox"/> 07 MINORE NON DEAMBULANTE con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (art. 2 legge 289/90) <input type="checkbox"/> 08 CIECO con RESIDUO VISIVO non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (legge 382/70) (OD _____ OS _____) <input type="checkbox"/> 09 CIECO ASSOLUTO (legge 382/70) <input type="checkbox"/> 10 SORDOMUTO (legge 381/70)	
PARTE IV - FIRME	22 <input type="checkbox"/> 01 Non collocabile al lavoro <input type="checkbox"/> 02 L'inserimento al lavoro deve realizzarsi lontano da macchine semoventi, carichi pendenti, pericoli di precipitazione	
	IL PRESIDENTE Cognome <u>DEHO</u> Nome _____ Firma _____ ALTRI MEDICI SPECIALISTI Specializzazione _____ Cognome _____ Nome _____ Firma _____	
	1° MEDICO Cognome _____ Nome _____ Firma _____	
	2° MEDICO Cognome <u>MORENO</u> Nome _____ Firma _____	
	IL MEDICO DI CATEGORIA Cognome <u>DEU'OLA</u> Nome _____ Firma _____	
IL SEGRETARIO Cognome <u>CARPANESE</u> Nome _____ Firma _____		

N.B. Avverso il presente accertamento è ammesso ricorso entro 60 giorni dalla notifica.

COPIA PER: UTENTE