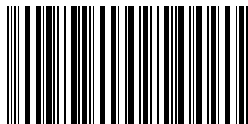


Luogo, _____

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



R



61027898622-9

NOME COGNOME

INDIRIZZO

Cap Città

Gentile _____

le comunico l'esito degli accertamenti medico-legali espletati in sede di verifica sulla permanenza dei requisiti sanitari a norma dell'art. 20, comma 2 Legge n.102/2009.

In allegato a questa comunicazione le invio una copia del verbale in base al quale è possibile confermare la prestazione di Invalidità civile n. _____

Resta ferma, da parte degli uffici amministrativi, l'attività di accertamento dei requisiti socio-economici per il riconoscimento della prestazione.

Le ricordo che, contro tale decisione, può presentare ricorso innanzi all'Autorità giudiziaria ordinaria entro il termine di sei mesi dalla data di ricevimento di questa comunicazione.

Cordiali saluti.

Il direttore della Sede

Tutti i nostri uffici Inps sono a sua disposizione per ogni ulteriore informazione; può trovare l'elenco completo delle nostre Sedi sugli elenchi telefonici o sul sito internet www.inps.it.

Può, inoltre, telefonare al numero gratuito **803 164**: un operatore sarà a sua disposizione per informazioni e notizie dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14

Se preferisce, può infine rivolgersi ad uno degli Enti di patronato riconosciuti dalla legge, che le fornirà assistenza gratuita.

Per risparmiare tempo ed ottenere le informazioni rapidamente ricordi di tenere a portata di mano:

Numero pensione----- categoria----- codice sede----- Codice fiscale

Le comunicazioni alla Commissione Medica Superiore c/o il Centro Medico provinciale potranno essere inoltrate anche via fax al numero 0115715662.



Istituto Nazionale Previdenza Sociale
Commissione Medica Superiore



c/o Centro Medico Legale di TORINO (TO)

VERBALE DI VERIFICA SU VISITA SULLA PERMANENZA DEI REQUISITI SANITARI PER USUFRUIRE DELLA PENSIONE, ASSEGNO E INDENNITÀ DISPOSTA AI SENSI DELL'ART. 20, COMMA 2, LEGGE N. 102/2009.

Cognome Nome Nato il a residente in _____

docum. di ricon. tipo CARTA D'IDENTITA' n° _____ rilasciato da COMUNE DI
beneficiario di PENSIONE E I.A. [INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa e
con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore] N° _____

CATEGORIA 3 - INVALIDI CIVILI per le seguenti infermità e/o minorazioni:

_____.

Riconosciute il presso USL _____

Data della verifica: presso

Anamnesi

Documentazione sanitaria

Esame obiettivo

Accertamenti disposti

Diagnosi

Diagnosi Icd9

La classificazione **icd 9** rappresenta i termini medici abitualmente utilizzati per definire la **diagnosi** di una patologia o malattia, di un evento traumatico e le cause dello stesso. Oltre a tutte le procedure di **diagnosi** e terapia Nel verbale viene affiancato dal codice identificativo della malattia. Esempio : Diagnosi icd 9: CODICE – XXXX (codice alfanumerico).

Diagnosi DM 05/02/92 CODICE **XXXX**

VALUTAZIONE PROPOSTA DAL CML (**elenco valutazioni**)

INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa dal 34% al 73%	(vedi valutazione)
INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa	(vedi valutazione)
INVALIDO con TOTALE e permanente inabilità lavorativa 100% e impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore/ con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere atti quotidiani della vita	(vedi valutazione)
<i>MINORE con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 hertz</i>	(vedi valutazione)
<i>MINORE con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita</i>	(vedi valutazione)
<i>INVALIDO ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della sua età medio-grave 67%-99%/ 100% [% come indicato nel verbale]:</i>	(vedi valutazione)
<i>INVALIDO ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita/INVALIDO ultrasessantacinquenne con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore</i>	(vedi valutazione)

ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL DM 2/8/2007: ([vedi giudizio](#))

Luogo

I MEDICI INCARICATI DELLA VERIFICA

Il Presidente

Componente

GIUDIZIO MEDICO LEGALE DEFINITO DALLA COMMISSIONE MEDICA SUPERIORE

INVALIDITA' ACCERTATA L'invalidità accertata sarà una tra l'elenco presenti nella valutazione proposta dal CML

ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL CM 2/8/2007: ([vedi giudizio](#))

DATA VERIFICA _____

LA COMMISSIONE MEDICA SUPERIORE INPS

Dott. _____