

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PENSIONE DI INABILITA'

Alla Sede Provinciale dell'INPS (Gestione Dipendenti Pubblici)

Via n.

CAP

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
e residente in _____ via _____ n. _____ C.A.P. _____,
in servizio presso _____

CHIEDE

che gli venga concessa la pensione di inabilità ai sensi dell'art. 2, comma 12, della legge 8 agosto 1995, n. 335, per infermità non dipendente da causa di servizio per la quale si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Allega:

- certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa;
- cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera (eventuali).

Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome _____ nato a _____
il _____ domiciliato a _____ in Via _____, stato
civile _____ figli n. _____ documento di riconoscimento tipo _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____
occupazione attuale _____
data della cessazione dal lavoro _____ per

_____ ;
Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) (1)

E' titolare di rendita – pensione – indennizzi ecc. _____

Specificare tipo e percentuale di invalidità _____

Stato generale _____ : altezza m. _____ : peso Kg. _____

Cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi,
neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi,
ecc.)

Apparato cardiovascolare:

Polso: _____ : respiro _____ : pressione arteriosa _____ ;

Vasi: _____

Apparato respiratorio:

Apparato digerente:

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti)

Organi ipocondriaci:

Apparato osteoarticolare: (in particolare evidenza le limitazioni funzionali):

Articolazioni:

E' provvisto di apparecchio acustico:

Sistema endocrino:

Sistema nervoso e psiche:

Occhi e vista:

Orecchio e udito:

Apparato urogenitale:

Altri organi e apparati:

Documentazioni sanitarie esibite dal dipendente (cartelle cliniche-accertamenti sanitari, ecc.)

Eventuali terapie praticate:

Diagnosi:

Per la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il dipendente _____

SI TROVA NELL'ASSOLUTA E PERMANENTE IMPOSSIBILITA' A SVOLGERE
QUALSIASI ATTIVITA' LAVOTARIVA.

Luogo e data _____

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico
