

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI PENSIONE DI INABILITA'

(1) Alla Sede Provinciale dell'I.N.P.S. (gestione ex INPDAP)
Via....., n.
C.A.P. -

Il /La sottoscritto/a _____ nato/a 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:

- 1) certificato medico attestante il giudizio diagnostico dell'infermità riportata e lo stato di inabilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa (1);
- 2) cartelle cliniche e documentazione medico-ospedaliera (eventuali).

Luogo e Data, _____

(FIRMA)

(1) redatto secondo lo schema dell'allegato "B".

ALLEGATO "B"

**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITA'**

Cognome e nome _____ nato/a a _____ il _____, domiciliato/a 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)

È 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:

./.

È provvisto di apparecchio protesico:

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 IMPOSSIBILITÀ A SVOLGERE QUALSIASI ATTIVITÀ LAVORATIVA.

Luogo e Data, _____

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico

(1) Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.