



Domanda di assegno ordinario di invalidità

Per ottenere l'assegno, oltre a possedere i requisiti richiesti (sanitari e contributivi) dovrà compilare tutte le parti dei moduli ritenute indispensabili contrassegnate da una cornice blu.

La preghiamo inoltre di leggere con attenzione anche le parti che riguardano la richiesta di altri dati e documentazione.

La domanda compilata deve essere consegnata all'ufficio Inps della sua zona o inviata per posta o presentata tramite un Ente di patronato che offre assistenza gratuita. Se non ha i requisiti contributivi richiesti e l'invalidità è stata causata da attività lavorativa (senza diritto a rendita Inail) può richiedere l'assegno privilegiato di invalidità. Sarà contattato da un nostro funzionario per stabilire il giorno e l'ora della visita medica. Questa domanda può valere anche come richiesta di autorizzazione alla prosecuzione volontaria nel caso in cui la domanda di assegno sia respinta in assenza dei requisiti contributivi.

● **Dati e documentazione indispensabili alla liquidazione della pensione** (articolo 1, comma 783, legge 296/2006)

- copia di documento di identità del richiedente da allegare alla domanda
- autocertificazione dello stato civile e dello stato di famiglia
- dati anagrafici e codice fiscale del coniuge
- dati sulla situazione assicurativa che non siano presenti nell'estratto contributivo
- documentazione che attesti la titolarità di rendita INAIL (modulo rendita INAIL)

● **Documentazione da allegare per richieste/agevolazioni/situazioni particolari**

- Se deve chiedere una pensione integrata al trattamento minimo, la maggiorazione sociale o, i trattamenti di famiglia, deve presentare la dichiarazione reddituale (modulo RED - modulo prestazioni accessorie)*. Deve, inoltre, presentare il modulo RED ai fini dell'incumulabilità dell'assegno con i redditi da lavoro.
- Se è un invalido può chiedere particolari agevolazioni per aumentare l'anzianità contributiva (modulo agevolazioni)*
- Se ha fatto il servizio militare si ricordi di allegare a questo modulo il foglio matricolare. Se ne è sprovvisto, può presentare un'autocertificazione*
- Se ha dei periodi di maternità o di malattia anteriori al 1989, per ottenerne l'accredito può presentare un'autocertificazione*
- Se è stato autorizzato al versamento dei contributi volontari deve presentare copie degli ultimi bollettini di pagamento se i periodi mancano sul suo estratto contributivo
- Se ha fatto di recente la richiesta di riscatto di laurea o di lavoro all'estero, di rendita vitalizia o di ricongiunzione deve allegare le copie dei bollettini di versamento solo se i periodi non risultano sul suo estratto contributivo
- Se è lavoratore domestico deve presentare le copie dei bollettini riguardanti gli ultimi trimestri di lavoro solo se i periodi mancano sul suo estratto contributivo
- Se è artigiano o commerciante deve presentare un'autocertificazione per indicare i redditi di impresa relativi agli ultimi quattro anni, inoltre, deve compilare il modulo per la ripartizione dei redditi di impresa con collaboratori per il periodo gennaio 1982 / giugno 1990 oppure, nel caso continui a svolgere attività di lavoro autonomo, di impresa, professionale o di collaborazione coordinata o a progetto, deve dichiarare i redditi previsti per l'anno in corso (modulo redditi/impresa) *
- Può utilizzare moduli di delega se intende avvalersi dell'aiuto di un patronato, se intende destinare delle quote di pensione ad un sindacato, se intende delegare una persona di fiducia per riscuotere la pensione (modulo delega/patronato - delega/sindacato - delega riscossione pensione) *
- All'interno di questo modulo si chiede di indicare oltre alla residenza anche la banca o l'ufficio postale per la riscossione della pensione. Se, dopo aver presentato la domanda, questi dati dovessero cambiare, deve comunicarlo con gli appositi moduli (modulo residenza - modulo posta - modulo banca) *
- Se l'invalidità è stata determinata in tutto o in parte da terzi deve essere compilata una dichiarazione che consenta all'Inps di rivalersi nei confronti del responsabile (modulo AS2)*

* Moduli e schemi di autocertificazione disponibili presso i nostri uffici o sul sito www.inps.it

**Assegno di invalidità - 1/10**ALL'UFFICIO INPS DI NOME COGNOME CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV. STATO CITTADINANZA RESIDENTE IN PROV. STATO INDIRIZZO CAP TELEFONO CELLULARE INDIRIZZO E-MAIL **CHIEDO**

- Assegno privilegiato di invalidità
- Pensione di invalidità specifica
- Pensione di invalidità a carico del seguente stato estero _____

STATO CIVILE*Barrare la casella corrispondente*

- Celibe/Nubile
- Separato/a dal _____ (gg/mm/aaaa)
- Vedovo/a dal _____ (gg/mm/aaaa)
- Coniugato/a dal _____ (gg/mm/aaaa)
- Divorziato/a dal _____ (gg/mm/aaaa)

DATI DEL CONIUGENOME COGNOME CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA A PROV. STATO

Data _____

Firma _____



Assegno di invalidità - 2/10

Compilare solo in caso di richiesta di assegno per il nucleo familiare o di assegni familiari

- Se il nucleo familiare include inabili, allegare modulo SS3 (disponibile presso i nostri uffici e compilato dal medico)
Se include studenti, allegare certificato di frequenza scolastica o autocertificazione*
- Se include studenti universitari, allegare certificato di immatricolazione e di iscrizione o autocertificazione*

Barrare la casella corrispondente

<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	STATO	<input type="text"/>			
RELAZIONE DI PARENTELA <input type="text"/>					
<input type="radio"/>	inabile	<input type="radio"/>	studente	<input type="radio"/>	studente universitario

<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	STATO	<input type="text"/>			
RELAZIONE DI PARENTELA <input type="text"/>					
<input type="radio"/>	inabile	<input type="radio"/>	studente	<input type="radio"/>	studente universitario

<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	STATO	<input type="text"/>			
RELAZIONE DI PARENTELA <input type="text"/>					
<input type="radio"/>	inabile	<input type="radio"/>	studente	<input type="radio"/>	studente universitario

<input type="text"/>	NOME	<input type="text"/>	COGNOME	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	CODICE FISCALE	<input type="text"/>	NATO/A IL GG/MM/AAAA	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	PROV.	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	STATO	<input type="text"/>			
RELAZIONE DI PARENTELA <input type="text"/>					
<input type="radio"/>	inabile	<input type="radio"/>	studente	<input type="radio"/>	studente universitario

* Moduli e schemi di autocertificazione disponibili presso i nostri uffici o sul sito www.inps.it



Assegno di invalidità - 3/10

Barrare la casella corrispondente

● DICHIARO

di avere svolto attività lavorativa come:

- lavoratore dipendente iscritto all'assicurazione generale obbligatoria
- lavoratore dipendente iscritto al fondo speciale _____
indicare il nome del fondo (volo, elettrici, telefonici ecc.)
- artigiano
- commerciante
- coltivatore diretto, mezzadro e colono
- collaboratore coordinato o professionista abituale
- di non svolgere alcuna attività lavorativa dal _____ (gg/mm/aaaa)
- di aver variato le mansioni per motivi di salute
mansioni svolte prima della variazione _____
data della variazione _____ (gg/mm/aaaa)
- di essere assente dal lavoro per malattia o infortunio
inizio dell'assenza _____ (gg/mm/aaaa) motivo dell'assenza _____
- di svolgere l'attività lavorativa dipendente dal _____ (gg/mm/aaaa), qualifica _____
- di svolgere attività lavorativa autonoma come:
 - artigiano dal _____ (gg/mm/aaaa)
 - commerciante dal _____ (gg/mm/aaaa)
 - coltivatore diretto/colono o mezzadro dal _____ (gg/mm/aaaa)
 - collaboratore coordinato e continuativo dal _____ (gg/mm/aaaa)
- di aver svolto lavoro sotterraneo in miniera dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)
- di aver svolto attività lavorativa all'estero:
 - Stato _____ dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)
 - Stato _____ dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)
- di non avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri



Assegno di invalidità - 4/10

Barrare la casella corrispondente

● DICHIARO

- di avere altre pensioni da parte dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri

Ente o Stato Estero _____ Pensione diretta Pensione ai superstiti
 pensione n. _____ decorrenza _____ (gg/mm/aaaa)

Ente o Stato Estero _____ Pensione diretta Pensione ai superstiti
 pensione n. _____ decorrenza _____ (gg/mm/aaaa)

- di aver presentato domanda di altra pensione a carico dello Stato o di altri Enti Italiani o esteri

Trattamento richiesto _____

Ente al quale è stata presentata la domanda _____ a partire dal _____ (gg/mm/aaaa)

- di essere titolare di rendita Inail (allego la dichiarazione rilasciata dall'Inail)

- l'inabilità è stata determinata da responsabilità di altri (allegare il modulo AS1 disponibile sul sito www.inps.it)

dati del responsabile

nome _____ cognome _____ nato/a il _____ (gg/mm/aaaa)

città _____ indirizzo _____ cap _____

impresa assicuratrice _____ polizza n. _____

- di aver prestato servizio militare o servizio equiparato per periodi di cui chiedo l'accredito figurativo:

- allego il foglio matricolare o autocertificazione

- il foglio matricolare o l'autocertificazione è stato già presentato

il _____ (gg/mm/aaaa) protocollo n. _____

- di aver percepito prestazioni per malattie specifiche (assegno per la cura della tubercolosi)

dal _____ (gg/mm/aaaa) al _____ (gg/mm/aaaa)

- di aver presentato domanda di riscatto per:

- corso legale di laurea

il _____ (gg/mm/aaaa) protocollo n. _____

- periodi scoperti di assicurazione

il _____ (gg/mm/aaaa) protocollo n. _____

- altri motivi (lavoro all'estero, gravidanza e puerperio, ecc.)

il _____ (gg/mm/aaaa) protocollo n. _____

- di aver presentato domanda di ricongiunzione di periodi assicurativi

il _____ (gg/mm/aaaa) protocollo n. _____

● CHIEDO

l'accredito dei contributi figurativi e/o l'integrazione delle retribuzioni ridotte e allego la relativa documentazione per:

- gravidanza e puerperio (autocertificazione)

- malattia o inabilità temporanea al lavoro derivante da infortunio di durata superiore a 7 giorni (certificato Inail)



Assegno di invalidità - 5/10

(art. 11 e 12 del TUIR - DPR 917/1986 e successive modificazioni)

Dichiaro di aver diritto alla detrazione di imposta, a decorrere dal _____ (gg/mm/aaaa)

Detrazioni e agevolazioni personali (articoli 13 e 11 del Testo unico sui redditi)

- per redditi di lavoro dipendente, assimilati e di pensione
- perchè alla formazione del reddito annuo complessivo concorrono soltanto redditi da pensione non superiori a 7.500 euro, solo redditi di terreni per un importo non superiore a 185,92 euro annui e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze

Detrazioni per carichi di famiglia (articolo 12 del Testo unico sui redditi)

- per il coniuge a carico non legalmente ed effettivamente separato con reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili previsti dall'art. 10 del Testo unico imposte sui redditi)
- per il primo figlio a carico in assenza del coniuge compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati che posseggano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili di cui all'art. 10 del Testo unico imposte sui redditi)

Detrazione per i figli a carico

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

al 100% al 50% minore di tre anni disabile

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

al 100% al 50% minore di tre anni disabile

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

al 100% al 50% minore di tre anni disabile



Assegno di invalidità - 6/10

(art. 11 e 12 del TUIR - DPR 917/1986 e successive modificazioni)

Primo figlio a carico in assenza del coniuge

(L'assenza del coniuge si verifica quando l'altro genitore è deceduto o è separato o non ha riconosciuto i figli naturali)

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ (gg/mm/aaaa) minore di 3 anni disabile

Altri familiari a carico che posseggano un reddito annuo non superiore a 2.840,51 euro (al lordo degli oneri deducibili di cui all'art. 10 del TUIR)

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ (gg/mm/aaaa) al 100% al 50% altra aliquota _____ %

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

a carico dal _____ (gg/mm/aaaa) al 100% al 50% altra aliquota _____ %

● Questa parte deve essere compilata solo da chi risiede in Veneto o in Lombardia

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver diritto alla riduzione dell'aliquota di addizionale regionale per la:

Regione Lombardia (Legge Regionale 14 luglio 2003, n. 10)

- perché possiedo redditi non superiori a € 10.329,14, derivanti esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili.

Regione Veneto (Legge Regionale 21 dicembre 2006, n. 27)

- perché possiedo un reddito imponibile non superiore a 50.000,00 euro ed ho a carico tre figli (la soglia del reddito imponibile è innalzata di euro 10.000,00 per ogni figlio a carico oltre il terzo).
- perché possiedo un reddito imponibile, non superiore a 45.000,00 euro ed ho a carico fiscalmente un disabile (articolo 12 del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917).
- perché sono un disabile con un reddito imponibile non superiore a 45.000,00 euro (per disabile si intende il soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104).



Assegno di invalidità - 7/10

Richiesta di pagamento della pensione presso banca

BANCA AGENZIA N.
 INDIRIZZO
 CAP CITTA'
 CODICE ABI CODICE CAB

(I codici ABI e CAB sono forniti dalla Banca)

Chiedo il pagamento: (Barrare la casella corrispondente)

ALLO SPORTELLO IN CONTANTI (solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214)

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su carta prepagata, la Banca deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO

CODICE IBAN

CODICE BIC (indicare i codici IBAN e BIC solo se utilizzati)

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca

SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN

CODICE BIC

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca

SU CARTA PREPAGATA N. _____

CODICE IBAN

data _____

firma del funzionario _____

timbro della banca



Assegno di invalidità - 8/10

Richiesta di pagamento della pensione presso Poste Italiane

UFFICIO POSTALE DI N.
 INDIRIZZO
 CAP CITTA'
 CODICE ABI CODICE CAB/ FRAZIONARIO

(I codici ABI e CAB/FRAZIONARIO sono forniti dall'ufficio postale)

Chiedo il pagamento: (Barrare la casella corrispondente)

ALLO SPORTELLO IN CONTANTI (solo per importi fino a 1.000 euro, art. 12, legge 22 dicembre 2011, n. 214)

Se il pagamento è richiesto con accredito su libretto di risparmio nominativo, su conto corrente nominativo o su INPS card, l'ufficio postale deve compilare la parte sottostante.

SUL MIO LIBRETTO DI RISPARMIO NOMINATIVO N. _____

data _____

firma del funzionario _____

timbro d'ufficio postale

SUL MIO CONTO CORRENTE NOMINATIVO

CODICE IBAN

CODICE BIC

data _____

firma del funzionario _____

timbro d'ufficio postale

SU INPS CARD, A ME INTESATA

Allo sportello postale si può richiedere INPS card, una carta elettronica sulla quale è possibile accreditare direttamente e gratuitamente la sua pensione ogni mese.

CODICE IBAN

CODICE BIC

data _____

firma del funzionario _____

timbro d'ufficio postale



Assegno di invalidità - 9/10 Elenco documenti allegati

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Copia di un documento di identità | <input type="checkbox"/> Dichiarazione rilasciata dall'Inail |
| <input type="checkbox"/> Copia sentenza di separazione o divorzio | <input type="checkbox"/> Modulo AS1 |
| <input type="checkbox"/> Modulo redditi/Impresa | <input type="checkbox"/> Autocertificazione periodi di maternità o di malattia |
| <input type="checkbox"/> Modulo RED | Copia dei bollettini di pagamento di: |
| <input type="checkbox"/> Modulo prestazioni accessorie | <input type="checkbox"/> Versamenti volontari |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/patronato | <input type="checkbox"/> Riscatto laurea |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega/sindacato | <input type="checkbox"/> Rendita vitalizia |
| <input type="checkbox"/> Modulo delega riscossione pensione | <input type="checkbox"/> Ricongiunzione |
| <input type="checkbox"/> Modulo residenza | <input type="checkbox"/> Lavoro all'estero |
| <input type="checkbox"/> Modulo posta | <input type="checkbox"/> Lavoratore domestico |
| <input type="checkbox"/> Modulo banca | Altro: |
| <input type="checkbox"/> Modulo agevolazioni ex combattenti (COMB1) | <input type="checkbox"/> ----- |
| <input type="checkbox"/> Foglio matricolare | <input type="checkbox"/> ----- |

Mi impegno a comunicare all'Inps qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false. (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).

Data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto. I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.



Assegno di invalidità - 10/10 Dichiarazione di cessazione attività lavorativa

ALL'UFFICIO INPS DI				
NOME		COGNOME		
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA		
A		PROV.		
		STATO		
RESIDENTE IN		PROV.		
		STATO		
INDIRIZZO			CAP	
TELEFONO		CELLULARE		
INDIRIZZO E-MAIL				
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO		NUMERO		
RILASCIATO DA			SCADENZA	

● DICHIARO

Di aver cessato la mia attività lavorativa il _____ (gg/mm/aaaa)

Di aver presentato domanda di pensione il _____ (gg/mm/aaaa)

protocollo n. _____

Data _____

Firma del richiedente _____

● DA RICORDARE

Questo modulo va compilato e consegnato dopo aver effettivamente terminato l'attività lavorativa.



Certificato medico (SS3) - 1/5

Il modulo deve essere compilato in ogni singola parte dal medico certificante e consegnato in busta chiusa

ALL'UFFICIO INPS DI

NOME COGNOME

CODICE FISCALE NATO/A IL GG/MM/AAAA

A PROV. STATO

RESIDENTE IN PROV. STATO

INDIRIZZO CAP

TELEFONO CELLULARE

INDIRIZZO E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO NUMERO

RILASCIATO DA SCADENZA

- attività varie svolte nella vita lavorativa pregressa _____

- occupazione attuale _____

- eventuali fattori di rischio connessi con le attività lavorative svolte _____

- data della cessazione del lavoro _____ per _____

- anamnesi remota e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri



Certificato medico (SS3) - 2/5

● è titolare di rendita, pensione, indennizzi ecc. _____

● specificare grado e percentuale _____

● stato generale _____ alt. m. _____ peso kg. _____

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

● apparato cardiovascolare

polso _____ respiro _____ press.art. _____

● apparato respiratorio

● apparato digerente

● ernie (sede, riducibilità, uso di cinti)



Certificato medico (SS3) - 3/5

- organi ipocondriaci

- apparato osteoarticolare (in particolare evidenza le limitazioni funzionali)

- scheletro

- articolazioni

- è provvisto di apparecchio protesico

- sistema endocrino

- sistema nervoso e psiche

- occhi e vista



Certificato medico (SS3) - 4/5

- apparato urogenitale

- documentazione sanitarie esibite dall'assicurato (cartelle cliniche - accertamenti mutualistici ecc)

- eventuali terapie praticate

- diagnosi

Timbro del medico
(con indirizzo e codice)

Firma del medico _ _ _ _ _



Certificato medico (SS3) - 5/5

● **QUESTO MODULO È PERVENUTO AL SANITARIO IL** _____ (gg/mm/aaaa)

- risulta contenzioso giudiziario
 - in corso
 - definito con esito
- non risulta contenzioso giudiziario
 - in corso
 - definito con esito

Il collaboratore Sanitario

Firma _____

- richiedere ulteriore documentazione sanitaria

● **PARERE DEL MEDICO INPS**

Barrare la casella corrispondente

- invitare a visita il Sig. _____ il _____ (gg/mm/aaaa)
- richiedere ulteriori documentazioni sanitarie

E' da considerare

- invalido
- non invalido
- inabile
- non inabile