



<b>REGIONE DEL VENETO</b> <b>AZIENDA ULSS N. _____</b> <b>COMMISSIONE MEDICA DI PRIMA ISTANZA</b> <b>PER L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP</b> (art. 4 Legge 05.02.92, n.104)	<b>VERBALE DI ACCERTAMENTO</b> <b>DELL'HANDICAP</b>
--	--

PARTE I - DATI ANAGRAFICO-AMMINISTRATIVI	U.L.S.S. n.	Commissione	PRATICA N.		
	DATA VISITA/SEDUTA	DATA DEFINIZIONE	DATA PRESENTAZIONE DOMANDA	DATA DECORRENZA VALIDITA' DOMANDA	
	COGNOME E NOME		SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TIPO DI ACCERTAMENTO	
	LUOGO DI NASCITA		Data di nascita	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Sugli atti	
	RESIDENZA ANAGRAFICA		COD. RESIDENZA	<input type="checkbox"/> Primo accertamento <input type="checkbox"/> Accertamento successivo per revisione d'ufficio	
	STATO CIVILE	CODICE FISCALE		<input type="checkbox"/> Aggravamento <input type="checkbox"/> Altro _____	
	CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE				

PARTE II - GIUDIZIO DIAGNOSTICO DELLA COMMISSIONE	Anamnesi:				
	Esame obiettivo:				
	Accertamenti disposti:				
	Documentazione acquisita:				
	LA COMMISSIONE HA ACCERTATO:				
PATOLOGIA COMPETENTE ACCERTATA <small>Diagnosi</small> _____ _____ _____		Assenza di patologia <input type="checkbox"/> <small>codici diagnosi</small> _____ _____ _____	Eventuali interventi chirurgici [ ] [ ] [ ]	Patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competente) <input type="checkbox"/> <b>PRINCIPALI DISABILITA' RILEVATE</b> <b>Psichiche:</b> - Intellettiva <input type="checkbox"/> 01 - Mentale <input type="checkbox"/> 02 <b>Sensoriali:</b> - Linguaggio <input type="checkbox"/> 03 - Udito <input type="checkbox"/> 04 - Vista <input type="checkbox"/> 05 <b>Fisiche:</b> - Perdita anatomica arti <input type="checkbox"/> 06 - Limitazione funzionale movimenti articolari <input type="checkbox"/> 07	Patologia di competenza della commissione <input type="checkbox"/> Neurologiche <input type="checkbox"/> 08 Respiratorie <input type="checkbox"/> 09 Cardio-Circolatorie <input type="checkbox"/> 10 <b>CAUSE O CONCAUSE</b> Malformazioni congenite <input type="checkbox"/> 11 Malattie infettive <input type="checkbox"/> 12 Traumi traffico <input type="checkbox"/> 13 Traumi domestici <input type="checkbox"/> 14 Altre cause violente <input type="checkbox"/> 15 Intervento chir. mutilante <input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> REVISIONE ENTRO IL _____					

PARTE III - GIUDIZIO ESPRESSO DALLA COMMISSIONE

La Commissione CERTIFICA che:

- l'interessato/a è **PERSONA IN STATO DI HANDICAP** (art.3, comma 1, Legge n.104/92) SI  NO
- **I' HANDICAP ASSUME CONNOTAZIONE DI GRAVITA'** (art. 3, comma 3, Legge n.104/92) SI  NO
- l'interessato/a presenta **CAPACITA' DI DEAMBULAZIONE IMPEDITA O SENSIBILMENTE RIDOTTA** (Art.381 DPR 495/92) SI  NO

La/e menomazione/i causa/concausa dell'handicap è/sono di natura:

**FISICA:**

tale da comportare una grave limitazione della capacità di deambulazione (anche dovuta a pluriamputazioni) [art. 30 comma 7 legge 388/2000]

tale da comportare ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art. 8 legge 449/1997)

**PSICHICA**

intellettiva

mentale

di gravità tale da avere determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento (art.30, comma 7, Legge 388/2000)

**ENSORIALE**

**PATOLOGIA ONCOLOGICA CON EFFICACIA IMMEDIATA AI SENSI DELL'ARTICOLO 6 COMMA 3 BIS DELLA LEGGE 80/2006**

**PATOLOGIA PER LA QUALE VA ESCLUSA OGNI VISITA DI CONTROLLO AI SENSI DELL'ARTICOLO 6 COMMA 3 DELLA LEGGE 80/2006 E DEL D.M. 2.9.2007**

**GIUDIZIO ESPRESSO :**

ALL'UNANIMITA'

A MAGGIORANZA

COMPONENTI DISSENZIENTI : \_\_\_\_\_

PARTE IV - FIRME

IL MEDICO COMPONENTE

IL MEDICO COMPONENTE

IL MEDICO INPS

IL MEDICO DI CATEGORIA

L'ESPERTO

IL PRESIDENTE

L'OPERATORE SOCIALE

IL SEGRETARIO

Avverso il giudizio della Commissione è ammesso ricorso avanti il giudice ordinario, con istanza di accertamento tecnico preventivo. La domanda giudiziale è proposta, a pena di decadenza, avanti alla competente Autorità Giudiziaria entro e non oltre sei mesi dalla data di ricevimento del verbale di invalidità.