

42 – Verbale visita medica

DIREZIONE GENERALE

SEDE COMPARTIMENTALE di _____

SEZIONE DISTACCATA

VERBALE DI VISITA MEDICO - LEGALE

DOMANDA DI PENSIONE D'INVALIDITÀ

- ☐ GENERICA
☐ SPECIFICA
☐ PRIVILEGIATA

presentata il _____

GENERALITÀ

ATTIVITÀ ECONOMICO SOCIALE

1. Assicurat _____

2. Nat _____ a _____ il _____ domiciliat _____
a _____ Via _____

3. Categoria

Qualifica professionale

4. Alla data della domanda ☐ presta ☐ attività lavorativa;
☐ non presta

5. Prestazioni terapeutiche (anche a titolo di prevenzione) di cui l'assicurat ha domanda in corso:

_____ Ha fruito _____

È in godimento _____

N.B. Dopo la compilazione trasmettere il verbale alla Direzione Generale dell'ENPALS - Servizio Assicurazioni per l'I.V.S. - Ufficio Prestazioni - Viale Regina Margherita, 206 - 00198 R O M A

segue

DATI FORNITI DALL'INTERESSATO

Identificato con tessera N. _____ rilasciata da _____
il _____

1. Titolo di studio _____

2. Celibe, nubile, coniugat__ vedov _____ con prole N. _____
senza

3. Servizio militare: di leva _____
per richiamo _____
esonerato per _____

4. Attività varie svolte nella vita lavorativa pregressa _____

Occupazione attuale
(specificare) _____

5. Lavoro svolto all'estero _____

Data e motivo del rimpatrio _____

6. È occupato in virtù di leggi speciali sul collocamento obbligatorio per mutilati, invalidi
_____ per altri motivi? _____

7. Titolare di: rendite, pensioni, indennizzi, ecc.. _____
decorrenza _____ liquidat dal _____
_____ % _____
_____ con _____

8. Già visitat per richiesta di assegni familiari? _____

9. Assenze dal lavoro nell'ultimo biennio: _____

10. Data di cessazione dal lavoro _____ per _____

IL COMPILATORE _____

segue

REPARTO SANITARIO

ANAMNESI

Familiare

Remota

Prossima (*)

(*) Nel redigere l'anamnesi prossima dovrà essere descritta dettagliatamente la sintomatologia accusata dall'iscritto.

ESAME OBIETTIVO

1. Costituzione (robusta, discreta, debole)

altezza m _____ peso Kg _____

2. Misure

perimetro toracico cm _____ addominale cm _____

3. Stato di nutrizione (buono, mediocre, cattivo, con pannicolo adiposo abbondante, discreto, scarso)

4. Stato di sanguificazione (colorito) _____

5. Muscolatura (valida, media, deficiente) _____

6. Apparecchio linfatico (caratteri dei vari gruppi glandolari)

7. Cute e tessuto sottocutaneo (callosità alle mani e ai piedi, ulcerazioni, seni fistolosi, cicatrici, tumori)

8. Sistema motore

a. Scheletro (mutilazioni, deformità ed alterazioni di volume, lunghezza o asse)

b. Articolazioni

c. Rumori di scroscio

d. Ipotrofie muscolari (eventuali misure comparative)

e. Andatura (con le grucce, col bastone, senza claudicazione dolorosa, da rigidità, da accorciamento)

segue

9. Sistema nervoso

10. Organi di senso

a) Occhi e vista

b) Orecchi e udito

11. Apparato cardio - circolatorio

a. Cuore

b. Polso

c. Pressione arteriosa

d. Arterie e vene (per le varici indicare sede, estensione, se nodose, ulcerate, superficiali o profonde, ecc.

segue

12. Apparato fonetico

13. Apparato respiratorio

a. Vie aeree superiori

b. Conformazione toracica

c. Bronchi e polmoni

14. Apparato digerente

a. Bocca (indicare stato gengive e loro colorazione, stato della lingua)

b. Denti

c. Addome

d. Organi ipocondriaci

e. Ernie

segue

f. Apparato urinario _____

g. Apparato genitale _____

ACCERTAMENTI PRATICATI (1)

DIAGNOSI _____ N. nosologica _____

a. Diagnosi circostanziata (specificando le singole infermità riscontrate precisandone l'entità)

b. Nel caso di concorso di più malattie o lesioni indicare la prevalente

(1) Elencare gli accertamenti praticati ed allegare i referti.

segue

QUESITI MEDICO-LEGALI

- 1) La capacità al lavoro abitualmente esercitato dall'assicurato è da ritenere:
normale _____ discreta _____ scarsa _____ nulla _____
- L'idoneità al lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini è da ritenere:
normale _____ discreta _____ scarsa _____ nulla _____
- 2) La capacità al lavoro abitualmente e prevalentemente esercitato dall'assicurato nell'attività di:
_____ è da ritenere:
normale _____ discreta _____ scarsa _____ nulla _____
- 3) L'attività che esplica è pericolosa per l'assicurato? _____
Per l'ambiente di lavoro? _____
- 4) Le condizioni morbose riscontrate sono in tutto o in parte preesistenti all'inizio del rapporto assicurativo?

Vi è stato aggravamento? _____
Determinavano fin dall'inizio del rapporto assicurativo uno stato invalidante ai sensi di legge?

- 5) Se totalmente inabile a quale data risale tale stato?

- 6) Quali delle infermità riscontrate sono permanenti?

Quali delle infermità riscontrate sono emendabili con cure?

È possibile un riadattamento funzionale?

- 7) Qual è l'alterazione prevalente ai fini della valutazione all'attitudine al lavoro e della relativa capacità di guadagno? _____

- 8) Lo stato attuale è dovuto esclusivamente _____ parzialmente _____
ad eventi bellici, a causa di servizio, ad infortunio sul lavoro, a malattia professionale, ad intossica;
ad atto volontario, ecc.? _____

segue

9) Può viaggiare con i comuni mezzi? _____
solo? _____. accompagnato? _____.

Osservazioni:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Parere conclusivo:

In base ai dati biologici ed alle varie documentazioni l'assicurato può essere ritenuto:

--

riportare per esteso la dizione che ricorre (*invalido, non invalido, inabile, non inabile*)

IL MEDICO

Data _____

segue

PARERE DELLA CONSULENZA SANITARIA E.N.P.A.I.S.

In base ai dati biologici accertati e alle varie documentazioni, l'assicurato può essere ritenuto:

Invalido _____ Inabile _____

Non invalido _____ Non inabile _____

per i motivi di cui al punto _____ e pertanto si propone l'accoglimento della domanda di pensione
la reiezione
d'invalidità con revisione tra _____ (*)

- 1) Le infermità riscontrate sono risultate tali da ridurre a meno di un terzo la capacità di
non sono
guadagno del richiedente in occupazioni confacenti alle sue attitudini.

Data _____ Firma _____

- 2) Le infermità riscontrate sono risultate tali da determinare la perdita totale e permanente delle
non sono
capacità di guadagno dell'esercizio dell'attività professionale abituale e prevalente di _____

Data _____ Firma _____

- 3) Le infermità riscontrate risultano emendabili e quindi prive del carattere di permanenza richiesto dalla legge.

Data _____ Firma _____

- 4) Le infermità riscontrate sono risultate in parte emendabili e quindi prive del carattere di permanenza richiesto dalla legge in parte tali da non ridurre a meno di un terzo la capacità di guadagno del richiedente stesso.

Data _____ Firma _____

- 5) Le infermità sono preesistenti e stabilizzate all'inizio del rapporto assicurativo e non hanno impedito l'esplicazione di una proficua attività lavorativa.

Data _____ Firma _____

- 6) Le infermità sono in parte preesistenti e stabilizzate all'inizio del rapporto assicurativo e non hanno impedito l'esplicazione di una proficua attività lavorativa e in parte tali da non ridurre a meno di un terzo la capacità di guadagno del richiedente stesso.

Data _____ Firma _____

- 7) Le infermità riscontrate sono risultate tali da determinare uno stato di inabilità.
non sono

Data _____ Firma _____

- (*) In previsione di un miglioramento delle condizioni di salute, di una modifica funzionale o di una riqualificazione.

segue

VERBALE DI VISITA MEDICA IN CONTRADDITTORIO

Il giorno _____ del mese di _____ dell'anno _____ si sono riuniti i
Signori Dr _____ Medico
di parte ed il Dr _____ per
sottoporre a visita medica in contraddittorio il Sig _____
di anni _____ che ha presentato ricorso avverso il provvedimento (*) _____

ANAMNTESI

Familiare

Remota

Prossima

(*) Indicare: denegata pensione di invalidità o revoca di pensione d'invalidità.

segue

ESAME OBIETTIVO
(con eventuali rilievi di dissenso)

CONDIZIONI GENERALI:

Sistema motore

Apparato urinario

Apparato genitale

ACCERTAMENTI PRATICATI
(allegare i referti)

segue

DIAGNOSI

(con eventuali rilievi di dissenso)

N. nosologico

Parere medico legale: parere concorde di:

invalidità
non invalidità

invalidità
non invalidità

Parere discorde motivato:

IL MEDICO DI PARTE _____

IL MEDICO _____

PARERE DELLA CONSULENZA SANITARIA E.N.P.A.L.S.

- 1) Le infermità riscontrate sono risultate tali da ridurre a meno di un terzo la capacità di
non sono
guadagno del richiedente in occupazioni confacenti alle sue attitudini.

Data _____

IL CONSULENTE SANITARIO

- 2) Le infermità riscontrate sono risultate tali da determinare la perdita totale e permanente
non sono
della capacità di guadagno nell'esercizio dell'attività professionale abituale e prevalente di _____

Data _____

IL CONSULENTE SANITARIO

segue

REVISIONE

- 1) Il pensionato ha continuato a lavorare ? **SI - NO**; ha ripreso lavoro? **SI - NO**; quale? _____
- 2) È avvenuta una riqualificazione? **SI - NO**; è avvenuto un riadattamento economico **SI - NO**;
è avvenuto un riadattamento funzionale? **SI - NO**
- 3) Le condizioni cliniche sono risultate: invariate - aggravate _____
migliorate in virtù di _____

STATO ATTUALE

[illegible]

- 4) Esami richiesti: _____

11

- 5) Diagnosi
-
-
-
-

- 6) Date le attuali condizioni del pensionato: _____ (cognome e nome da trascrivere manualmente)
- ☐ si conferma il precedente giudizio _____ Revisione tra ____ ann _____
- ☐ è da ritenere che la di lui capacità di lavoro - di guadagno _____
- non sia ridotta secondo i limiti di legge _____

IL MEDICO

(Timbro e firma)

segue

PARERE DELLA CONSULENZA SANITARIA E.NP.A.L.S.

- 1) Le infermità riscontrate sono risultate tali da ridurre a meno di un terzo la capacità di guadagno dell'assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini e, pertanto, si propone la conferma della pensione con ulteriore revisione a _____ anni.

IL CONSULENTE SANITARIO

Data _____

- 2) Le infermità riscontrate non sono risultate più tali da ridurre a meno di un terzo la capacità di guadagno dell'assicurato in occupazioni confacenti alle sue attitudini e, pertanto, si propone la revoca della pensione.

IL CONSULENTE SANITARIO

Data _____

- 3) Le infermità riscontrate sono risultate tali da determinare la perdita totale e permanente della capacità di guadagno nell'esercizio dell'attività professionale abituale e prevalente di _____

e, pertanto, si propone la conferma della pensione con ulteriore revisione a _____ anni.

IL CONSULENTE SANITARIO

Data _____

- 4) Le infermità riscontrate non sono risultate più tali da determinare la perdita totale e permanente della capacità di guadagno nell'esercizio dell'attività professionale abituale e prevalente di _____

e, pertanto, si propone la revoca della pensione.

IL CONSULENTE SANITARIO

Data _____

segue

ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA PER I LAVORATORI DELLO SPETTACOLO

Sede Compartimentale di _____

DA COMPILARE ED ALLEGARE AL MOD. 202

1 Il sottoscritto _____ CHIEDE la liquidazione: (1) ☐ dell'assegno ordinario di invalidità ovvero ☐ della pensione ordinaria di inabilità ☐ dell'assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa ai pensionati per inabilità Ove non sussistono le condizioni per la pensione di inabilità CHIEDE ☐ NON CHIEDE ☐ (1) la liquidazione dell'assegno di invalidità.
2 QUESTIO Inizio attività lavorativa _____ data Attività varie svolte nell'intera vita assicurativa (3) _____ Attualmente presta attività lavorativa? (indicare Sì o NO) ☐ Nel caso presti attività lavorativa specificare se in <u>proprio</u> (2) alle dipendenze Se svolge attività lavorativa in proprio riempire il riquadro "A", se svolge attività lavorativa alle dipendenze di terzi far riempire dal datore di lavoro il riquadro "B"
A ATTIVITÀ LAVORATIVA IN PROPRIO Tipo di attività svolta _____ Inizio attività lavorativa _____ data Ha collaboratori? ☐ se SÌ, specificare quanti ☐ indicare SÌ o NO
Firma _____ (se analfabeta il segno di croce deve essere convalidato dalle firme di due testimoni)

- (1) Contrassegnare la casella che interessa.
(2) Depennare l'ipotesi che non ricorre
(3) Specificare quali (es.: impiegati amministrativi, muratore, agricolo, ecc..).

B

segue

ATTIVITÀ LAVORATIVA ALLE DIPENDENZE DI TERZI

Da quale data il Sig. _____ è alle
dipendenze di codesta Amministrazione? _____
Ditta

E' stato assunto in base alla legislazione per il collocamento obbligatorio ? (2) _____ ☐

Settore attività _____

Qualifica rivestita _____

Mansioni specifiche svolte _____

Sono intervenute variazioni di mansioni per motivi di salute? (2) _____ ☐
e da quando ? _____

È attualmente assente per malattia? (2) _____ ☐
e da quando ? _____

È in Cassa integrazione? (2) _____ ☐
e da quando ? _____

Eventuali osservazioni della Amministrazione (1) _____
Ditta

Timbro e firma della Ditta

3 Da compilarsi, a cura del lavoratore, solo se lo stato di invalidità o inabilità sia stato
determinato da fatto di terzi

1) Evento avvenuto il _____ alle ore _____ in _____

2) Cognome, nome, domicilio del presunto responsabile dell'evento _____

3) Il presunto responsabile è assicurato presso _____

4) Pende a carico del presunto responsabile procedimento penale _____ ☐
in conseguenza dell'evento di cui sopra? (2)

5) Presso quale Ufficio Giudiziario (Pret o Trib.) _____

6) Il presunto responsabile (o chi per esso) ha risarcito il danno ? (2) _____ ☐

7) Nella transazione le parti hanno fatto salvi i diritti dell'ENPALS ? (2) _____ ☐

8) L'interessato (o chi per lui) ha iniziato l'azione per il risarcimento del danno? (2) _____ ☐

9) Dinanzi a quale Ufficio Giudiziario? _____

10) L'interessato ha goduto di prestazioni economiche a carico dell'ENPALS _____ ☐
in conseguenza dell'infortunio accorsogli? (2)

Firma _____
(se analfabeta il segno di croce deve essere convalidato
dalle firme di due testimoni)

- (1) Depennare l'ipotesi che non ricorre.
- (2) Indicare SI o NO.