

Data seduta		Data pres. domanda		Data regolariz. domanda	
Data rivedibilità		Data decor. benefici		N. Protocollo	
Cognome e nome			Sesso	Motivo presentazione domanda	
Luogo di nascita			Data di nascita	<input type="checkbox"/> Invalido Civile <input type="checkbox"/> Invalido civile articolo 19 <input checked="" type="checkbox"/> Cieco Civile <input type="checkbox"/> Persona handicappata <input type="checkbox"/> Sordi	
Residenza anagrafica			Tipo di accertamento		
Stato civile			<input type="checkbox"/> Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Sugli Atti <input type="checkbox"/> Domiciliare Luogo		
Condizione professionale e non professionale			<input type="checkbox"/> Primo accertamento <input type="checkbox"/> Aggravamento <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Revisione <input type="checkbox"/> Visita effettuata in rogatoria su richiesta di <input type="checkbox"/> DPR 698/94 art. 1, comma 8		
Anamnesi : Documentazione agli atti del servizio					
Esame obiettivo : Documentazione agli atti del servizio					
Documentazione acquisita : Documentazione agli atti del servizio					
Accertamenti disposti : Documentazione agli atti del servizio					
La commissione ha accertato :					
<input type="checkbox"/> assenza di patologia <input type="checkbox"/> patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competente) <input checked="" type="checkbox"/> patologia di competenza della Commissione Medica					
Patologia competente accertata : Documentazione agli atti del servizio			Principali disabilità rilevate :		
			Psiciche <input type="checkbox"/> Intellettiva <input type="checkbox"/> Neurologiche <input type="checkbox"/> Mentale <input type="checkbox"/> Respiratorie <input type="checkbox"/> Sensoriali <input type="checkbox"/> Cardiocircolatorie <input type="checkbox"/> Linguaggio <input type="checkbox"/> Cause o Concause <input type="checkbox"/> Udito <input type="checkbox"/> Malformazioni congenite <input checked="" type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Malattie infettive <input type="checkbox"/> Fisiche <input type="checkbox"/> Traumi traffico <input type="checkbox"/> Perdita anatomica arti <input type="checkbox"/> Traumi domestici <input type="checkbox"/> Limitazione funzionale movimenti articolari <input type="checkbox"/> Altre cause violente <input type="checkbox"/> Inter. Chir. Mutilante		
La commissione, costituita a norma della legge 15 ottobre 1990 n. 295, certifica che ai sensi delle leggi :					
n° 382 del 27/05/1970		n° 508 del 21/11/1988		n° 289 del 11/10/1990	
n° 138 del 03/04/2001					
IL RICHIEDENTE E' RICONOSCIUTO: Ipovedente grave (decimista); (per analogia i.c. non inferiore al 60%)					
Il Presidente			Il Medico Componente		
Il Medico di Categoria			Il Medico Specialista		