

DIREZIONE GENERALE

SEDE COMPARTIMENTALE di  
SEZIONE DISTACCATA  
VERBALE DI VISITA ME DICO - 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 I.I.V.S. - Ufficio Prestazioni - Viale Regina Margherita, 206 - 00198 R O M A

DATI FORNITI DALL'INTERESSATO

Identificato con tessera N. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

1. Titolo di studio \_\_\_\_\_

2. Celibe, nubile, coniugato \_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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. Apparato 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)

---

---

---

---

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, eccetera)

---

---

---

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

---

---

---

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.

## 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.? \_\_\_\_\_



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.

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 (\*) \_\_\_\_\_

ANAMNESI

Familiare

---

---

---

---

---

---

---

---

Remota

---

---

---

---

---

---

---

---

Prossima

---

---

---

---

---

---

---

---

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

ESAME OBIETTIVO  
(con eventuali rilievi di dissenso)

CONDIZIONI GENERALI:

---

---

---

---

---

Sistema motore

---

---

---

---

---

Apparato urinario

---

---

---

---

---

---

---

---

Apparato genitale

---

---

---

---

---

---

---

ACCERTAMENTI PRATICATI  
(allegare i referti)

---

---

---

DIAGNOSI  
(con eventuali rilievi di dissenso)      N. nosologico

---

---

---

---





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 o 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 \_\_\_\_\_



ATTIVITA' 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 ? \_\_\_\_\_

E' attualmente assente per malattia? (2) \_\_\_\_\_   
e da quando ? \_\_\_\_\_

E' 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.