

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, 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 \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---



REVISIONE

- 1) Il pens. 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4) Esami richiesti: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

li \_\_\_\_\_

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)

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 \_\_\_\_\_

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**

QUESTIONARIO

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 proprio (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**

ATTIVITA' LAVORATIVA IN PROPRIO

Tipo di attività svolta \_\_\_\_\_

Inizio attività lavorativa \_\_\_\_\_  
data

Ha collaboratori?  se SI, specificare quanti   
indicare SI 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**



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.

Mi impegno a comunicare all'Enpals qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro 30 giorni dall'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.

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'Enpals con sede in Roma, Viale Regina Margherita 206, 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'Enpals 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'Enpals la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice.