



Certificato medico introduttivo

NUMERO DOMUS CERTIFICATO

Dati del richiedente

Nome _____ Cognome _____ Nato/a il _____
a _____ Prov. _____ Stato _____
Codice Fiscale _____
Codice Tessera Sanitaria _____
Cellulare _____ E-mail _____
Pec _____

DOCUMENTO DI IDENTITA':

Tipo Documento _____ Numero Documento _____
Rilasciato Da _____ il _____ Scadenza _____

RESIDENZA:

Provincia _____ Comune _____
Indirizzo _____ Civico _____ Cap _____

☒ Cittadino Italiano

☐ Cittadino straniero comunitario

Nazionalità: _____

Iscritto nell'anagrafe del Comune di _____
dal _____

☐ Cittadino straniero extracomunitario

☐ Ammesso alla protezione sussidiaria o al soggiorno per protezione temporanea

☐ Apolide

☐ Rifugiato Politico

☐ Repubblica di San Marino

Dati del rappresentante legale in qualità di:

☐ Genitore

☐ Genitore unico

☐ Genitore affidatario



Certificato medico introduttivo

- ☐ Tutore
- ☐ Curatore
- ☐ Amministratore di sostegno

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____ Nato/a il _____

a _____ Prov. _____ Stato _____

Pec _____

Cellulare _____ E-mail _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ: Tipo Documento _____ Numero Documento _____

Rilasciato Da _____ Il _____ Scadenza _____

DOMICILIO PER EVENTUALE CONVOCAZIONE A VISITA PRESSO L'INPS

- ☒ presso la propria residenza
- ☐ presso

Cognome _____ Nome _____ Denominazione _____

Provincia _____ Comune _____

Indirizzo _____ Civico _____ Cap _____

- ☐ Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Provincia _____ Comune _____

Indirizzo _____ Civico _____ Cap _____

Denominazione struttura _____

- ☐ Struttura di ricovero

Provincia _____ Comune _____

Indirizzo _____ Civico _____ Cap _____

Denominazione struttura _____

Il medico certificatore ha informato il cittadino che il presente certificato avvia il procedimento della valutazione di base della disabilità, ai sensi dell'art. 2, co. 2, della legge 227/2021 (invalidità civile ai sensi della legge 118/1971 e disabilità ai sensi della legge 104/1992) e altresì l'eventuale accertamento relativo a:

- ☐ Cecità (legge 382/1970 e legge 138/2001)



Certificato medico introduttivo

- ☐ Sordità legge 381/1970 (sordità preverbale)
- ☐ Sordocecità (legge 107/2010)
- ☐ Collocamento mirato (legge 68/1999 e articolo 1, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 151/2015)
- ☐ Inclusione scolastica (articolo 1, comma 181, lettera c), numero 5), della legge 13 luglio 107/2015)

DIAGNOSI

Codice ICD-9-CM	DESCRIZIONE
Codice ICD-9-CM	DESCRIZIONE
Codice ICD-9-CM	DESCRIZIONE
Codice ICD-9-CM	DESCRIZIONE
Codice ICD-9-CM	DESCRIZIONE

ANAMNESI/CATAMNESI (inclusi gli esiti di terapie farmacologiche, chirurgiche, riabilitative)

DECORSO/PROGNOSI

Il medico certifica che:

La persona è affetta da malattia neoplastica in atto (Legge 80/2006)

Sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono pericoloso per sé o gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio (Intrasportabilità)

La persona è affetta da patologia in situazioni di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007 e dell’art. 25, comma 6 del D.L. 90/2014, conv. in legge 114/2014

La persona è affetta da patologia di competenza ANFFAS Si No

Per gli effetti di cui all’art. 41 Legge n. 183/2010, una o più infermità per le quali si chiede il riconoscimento dello stato invalidante potrebbero dipendere da fatto illecito di terzi



Certificato medico introduttivo

- ☐ Ai sensi dell'art. 12, co. 2, sezione m) del decreto legislativo 62 del 3 maggio 2024, il medico attesta la richiesta di valutazione di base senza ricorso alla visita diretta. A tal fine allega:
- ☐ Documentazione sanitaria (obbligatoria)
 - ☐ Questionario WHODAS (Who disability assessment schedule)
- ☐ Ai sensi dell'art. 8, co. 4, del d.lgs. 62/2024, il medico attesta che il soggetto elegge il proprio domicilio, ai fini delle comunicazioni inerenti al procedimento di valutazione di base:
- ☐ **PATRONATO** (Nome e sede: Nome, indirizzo, N. civico, Cap, Comune, provincia)
Nome _____ Indirizzo _____ N. civico _____
CAP _____ Comune _____ Provincia _____
 - ☐ **ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA** (Nome e sede: Nome, indirizzo, N. civico, Cap, Comune, provincia)
Nome _____ Indirizzo _____ N. civico _____
CAP _____ Comune _____ Provincia _____
 - ☐ **Altro domicilio** (estremi: Nome, indirizzo, N. civico, Cap, Comune, provincia)
Nome _____ Indirizzo _____ N. civico _____
CAP _____ Comune _____ Provincia _____
- ☐ Il medico attesta che il cittadino aderisce ai servizi proattivi messi a disposizione dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.
- ☒ Il presente certificato ai fini della valutazione di base è inserito nel Fascicolo Sanitario Elettronico (art. 8, comma 5 D.lgs. 62/2024)

MEDICO CERTIFICATORE

COGNOME _____ NOME _____
N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI _____
LUOGO _____ DATA _____
MEDICO CERTIFICATORE _____ (Firma Digitale)