



**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DI ASSEgni FAMILIARI SPECIALI O DI ASSEgni FAMILIARI
MAGGIORATI PER FIGLI DISABILI**

Reg. 1408/71: art. 73; art. 74
Reg. 574/72: art. 86; art. 88

A. Richiesta di certificato

Da compilarsi a cura dell'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

1. Lavoratore subordinato Lavoratore autonomo

1.1. Cognome (1 bis)			
1.2. Nomi	Cognomi precedenti (1 bis)	Luogo di nascita (1 ter)	
.....			
1.3. Data di nascita	Sesso	Nazionalità	Numero d'identificazione/assicurazione (1 quater)
.....			
1.4. Indirizzo (2)			
.....			

2. Figlio/a cui si riferisce il certificato

2.1. Cognome (1 bis)			
2.2. Nomi			
2.3. Luogo di nascita (1 ter)	Data di nascita	Sesso	Numero di identificazione/assicurazione (1 quater)
.....			
2.4. Indirizzo (2)			
.....			

3. Istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari

3.1. Denominazione	
3.2. Indirizzo (2)	
3.3. Numero di riferimento della pratica	
3.4. Timbro	3.5. Data
3.6. Firma	

B. Certificato

Da compilarsi da parte del medico designato dall'istituzione del luogo di residenza del/la figlio/a e inviato all'istituzione indicata al punto 3, corredato della necessaria documentazione medica (fotografie, radiografie, referti medici, ecc.)(4)

4.

4.1. Età dell'esaminato/a al momento della visita: anni mesi
Peso: chilogrammi grammi statura: centimetri

4.2. Ritardo psicomotorio
Ritardo rispetto alla norma fisiologica: Sì No
In caso affermativo, di che tipo:

4.3. Autonomia
Il figlio è in grado
di sedersi senza aiuto? Sì No Di camminare? Sì No
Di parlare? Sì No Di vestirsi da solo? Sì No
Di mangiare da solo? Sì No Di scrivere? Sì No (3)
È incontinente? Sì No (3)

4.4. Assistenza
Lo stato del figlio richiede l'assistenza di terzi? Sì No
Costante? Sì No Quotidiana ma discontinua? Sì No
O altri interventi (da precisare):

4.5. Natura della disabilità principale
La disabilità del figlio è di natura
sensoriale: visiva
 auditiva
motoria:
psichica: livello mentale
 comportamento
Di altro genere:

4.6. Origine della disabilità (3)
— anomalia congenita Sì No
— malattia Sì No
data di inizio della disabilità:
data della diagnosi: mese: anno:
inizio del trattamento: mese: anno:
— incidente Sì No
data dell'incidente:

4.7. Disabilità associate
Quali?
Altre deficienze:

4.8. Osservazioni complementari
Disabilità nella famiglia:
Esami complementari già effettuati:
(Si allegano, se del caso le copie del referto)

4.9. Trattamenti, compresa rieducazione e riabilitazione. Quale trattamento è in atto?

.....

A decorrere da quale data?

Quali trattamenti sono consigliati?

— Chirurgia:

.....

— Ricoveri (ultimi tre anni):

— Trattamento a domicilio :

 (medicine) A partire da quale data

 (medicine) A partire da quale data

 (medicine) A partire da quale data

— Rieducazione: Inizio Frequenza Dove?

logopedia

fisioterapia

ergoterapia

(psico) terapia

primi aiuti a domicilio

4.10. Misure di istruzione e di formazione

Quali misure vengono attualmente fornite?

.....

A decorrere da quale data?

Quali sono le misure di istruzione e di formazione consigliate?

4.11. Prognosi

Specificare:

.....

4.12. Codice ICD (International Classification of Diseases — Classificazione internazionale delle malattie dell'OMS)

4.13. Inizio della malattia

4.14. Data del prossimo controllo

5.

5.1. Cognome e nome del medico

5.2. Indirizzo (2)

.....

5.3. Data

5.4. Firma

ISTRUZIONI

Si prega di compilare il modulo in stampatello, scrivendo solo sulle linee tratteggiate. Esso è costituito da quattro pagine, nessuna delle quali può essere tralasciata, anche qualora non contenga alcuna indicazione. Il modulo deve essere compilato nella lingua del medico che rilascia il certificato.

NOTE

- (¹) Sigla del paese alla cui legislazione è soggetto il lavoratore: BE = Belgio; CZ = Repubblica ceca; DK = Danimarca; DE = Germania; EE = Estonia; GR = Grecia; ES = Spagna; FR = Francia; IE = Irlanda; IT = Italia; CY = Cipro; LV = Lettonia; LT = Lituania; LU = Lussemburgo; HU = Ungheria; MT = Malta; NL = Paesi Bassi; AT = Austria; PL = Polonia; PT = Portogallo; SI = Slovenia; SK = Slovacchia; FI = Finlandia; SE = Svezia; UK = Regno Unito; IS = Islanda; LI = Liechtenstein; NO = Norvegia; CH = Svizzera.
- (^{1 bis}) Per i cittadini spagnoli, indicare entrambi i cognomi. Per i cittadini portoghesi, indicare le generalità complete (nomi, cognome, cognome da nubile) nell'ordine dello stato civile, quali risultano dalla carta d'identità o dal passaporto. Per l'Italia indicare il cognome da nubile.
- (^{1 ter}) Per il Portogallo, indicare anche la parrocchia e il comune.
- (^{1 quater}) Se il modulo è destinato a un'istituzione ceca, indicare il numero di nascita; se destinato a un'istituzione cipriota, il numero cipriota di identificazione per un cittadino cipriota o il numero di certificato di registrazione stranieri (ARC) per un cittadino straniero; per un'istituzione danese, indicare il numero CPR; per un'istituzione finlandese, indicare il numero di registro demografico; per un'istituzione svedese indicare il numero personale (personnummer); per un'istituzione islandese, indicare il numero di identificazione personale (kennitala); per un'istituzione del Liechtenstein, indicare il numero di assicurazione AHV; per un'istituzione lituana indicare il numero di identificazione personale; per un'istituzione lettone indicare il numero di identità; per un'istituzione ungherese, indicare il numero TAJ (identificazione assicurazione sociale); per un'istituzione maltese, indicare il numero di carta d'identità per un cittadino maltese oppure il numero di sicurezza sociale maltese per un cittadino non maltese; per un'istituzione norvegese, indicare il numero di identificazione personale (fødselsnummer); per un'istituzione belga, indicare il numero nazionale di sicurezza sociale (NISS); per un'istituzione tedesca del regime generale assicurazione pensionistica, indicare il numero di assicurazione (VSNR); per un'istituzione spagnola, indicare il numero che figura sulla carta d'identità nazionale (DNI) o N.I.E nel caso di cittadini stranieri, anche se la carta non è più valida; per un'istituzione polacca, indicare i numeri PESEL e NIP; per un'istituzione portoghese, indicare inoltre il numero di registrazione nel regime generale pensionistico, ove la persona interessata sia stata assicurata nel quadro del regime di sicurezza sociale per i dipendenti pubblici in Portogallo; per un'istituzione slovacca, indicare il numero di nascita; per un'istituzione slovena, indicare il numero di identificazione personale (EMŠO) e il numero fiscale; per un'istituzione svizzera, indicare il numero di assicurazione AVS/AI (AHV/IV). Se manca, indicare «nulla». Per un'istituzione italiana indicare il codice fiscale.
- (²) Via, numero, codice postale, località, Stato.
- (³) Da compilare unicamente se l'istituzione competente per la concessione delle prestazioni familiari è belga o slovacca.
- (⁴) In Slovenia, si tratta di una commissione medica designata dal ministro del Lavoro, della famiglia e degli affari sociali.