



**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/...../.....

..... A partire da quale data/...../.....

..... 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.