

E 407

CH

(1)

**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.	<input type="checkbox"/> Lavoratore subordinato	<input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	
	In caso affermativo, di che tipo:				
4.3.	Autonomia				
	Il figlio è in grado				
	di sedersi senza aiuto?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Di camminare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Di parlare?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Di vestirsi da solo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Di mangiare da solo?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Di scrivere?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ⁽³⁾
				È incontinente?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No ⁽³⁾
4.4.	Assistenza				
	Lo stato del figlio richiede l'assistenza di terzi?				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	Costante?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Quotidiana ma discontinua?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
	- malattia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No		
	data di inizio della disabilità:				
	data della diagnosi:	mese:	anno:		
	inizio del trattamento:	mese:	anno:		
	- incidente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> 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 punteggiate. 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.