

Alla sede Inail di _____

Da compilarsi a cura del medico e da allegare alla domanda dell'assicurato

Assicurazione infortuni in ambito domestico¹
☐ **Prestazione una tantum**
 ☐ **Rendita diretta**
 ☒ **Assegno per l'assistenza personale continuativa (Apc)**

Dati anagrafici dell'assicurato:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il (GG/MM/AA) _____

Residente in _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ N. _____

Cap _____ Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell. _____

Email² _____ Pec² _____

Infortunio avvenuto il (GG/MM/AA) _____

In che data è stata effettuata la prima visita? (GG/MM/AA) _____

Presso quale struttura è stata effettuata _____

In che data è avvenuta la guarigione clinica? (GG/MM/AA) _____

Esame obiettivo e diagnosi:

Descrizione dei postumi invalidanti conseguenti all'evento: _____

Valutazione medico legale dei postumi (%) _____

¹ Legge 3 dicembre 1999, n. 493, come modificata dal co. 1257, art. 1, legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dal co. 534, art. 1, legge 30 dicembre 2018, n. 145.

² Email – Pec: Campi facoltativi.

Sono presenti esiti di altre lesioni o patologie pregresse

Mod. 500 - Medico

☐ SI ☐ NO Se si quali: _____

Invalidita' riconosciute (invalidità civile, altre..)

☐ SI ☐ NO Se si quali: _____

Al fine della concessione dell'Assegno per l'assistenza personale continuativa (Apc) si certifica che l'assicurato è affetto da una delle seguenti menomazioni di seguito indicate (allegato 3 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124):

- ☐ riduzione dell'acutezza visiva, tale da permettere soltanto il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino (cm 30) o più grave;
- ☐ perdita di nove dita delle mani, compresi i due pollici;
- ☐ lesioni del sistema nervoso centrale che abbiano prodotto paralisi totale flaccida dei due arti inferiori:
- ☐ amputazione bilaterale degli arti inferiori:
 - a) ☐ di cui uno sopra il terzo inferiore della coscia e l'altro all'altezza del collo del piede o al di sopra,
 - b) ☐ all'altezza del collo del piede o al di sopra, quando sia impossibile l'applicazione di protesi;
- ☐ perdita di una mano e di ambedue i piedi, anche se sia possibile l'applicazione di protesi;
- ☐ perdita di un arto superiore e di un arto inferiore:
 - a) ☐ sopra il terzo inferiore, rispettivamente, del braccio e della coscia,
 - b) ☐ sopra il terzo inferiore, rispettivamente, dell'avambraccio e della coscia;
- ☐ alterazione delle facoltà mentali che apportino gravi e profondi perturbamenti alla vita organica e sociale;
- ☐ malattie o infermità che rendono necessaria la continua o quasi continua degenza a letto.

Data (GG/MM/AA) _____

Firma del medico _____

Timbro identificativo

o Cod. Asl³

o Cod. regionale³

³ Il medico deve apporre il timbro o, in alternativa, indicare il codice identificativo della Asl di appartenenza o quello regionale.