

Alla sede Inail di \_\_\_\_\_

**Da compilarsi a cura del medico e da allegare alla domanda dell'assicurato****Assicurazione infortuni in ambito domestico<sup>1</sup>.** **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 \_\_\_\_\_

Email <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

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 (%) \_\_\_\_\_

---

---

<sup>1</sup> legge 3 dicembre 1999, n. 493, come modificata dal comma 1257, art. 1, legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dal comma 534, art. 1, legge 30 dicembre 2018, n. 145.<sup>2</sup> Email – Pec: Campi facoltativi.

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 DPR 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/AAAA) \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Timbro identificativo  
o Cod. ASL  
o Cod. regionale<sup>3</sup>

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