

Spett.le  
**INARCASSA**  
DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI  
ufficio Ciclo Passivo  
Via Salaria, 229 - 00199 Roma  
[protocollo@pec.inarcassa.org](mailto:protocollo@pec.inarcassa.org)

## VERBALE DI VISITA MEDICA – pensione di invalidità/inabilità

(Artt. 27 e 28 Statuto di Inarcassa e Regolamento di attuazione)

In data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, è stato sottoposto a visita medica

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Ingegnere  Architetto

Nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pensione richiesta: **Invalidità**  **Inabilità**

Data domanda di pensione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data insorgenza dell'infermità: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

A seguito della visita eseguita, **si esprime il seguente giudizio:**

A) La malattia di cui soffre il professionista  **comporta**  **non comporta**

una **incapacità permanente e totale** all'esercizio della professione (inabilità ai sensi dell'art. 27 dello Statuto Inarcassa).

Data insorgenza dell'**inabilità** di grado pensionabile (100%) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

B) la malattia di cui soffre il professionista  **comporta**  **non comporta**

una **riduzione** della capacità professionale in modo continuativo a meno di un terzo (invalidità ai sensi dell'art. 28 dello Statuto Inarcassa);

Data insorgenza dell'**invalidità** di grado pensionabile (superiore a 2/3) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

L'accertamento è da considerarsi

**definitivo**

**da ripetere periodicamente**

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede (firma del medico incaricato)

Timbro del medico (con indirizzo e codice)

---

### SEZIONE RISERVATA AL SANITARIO DI FIDUCIA

Il giudizio medico espresso è **CONVALIDATO**  **NON CONVALIDATO**

Data insorgenza dell'infermità: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data decorrenza pensione: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Osservazioni \_\_\_\_\_

Data

In fede (il sanitario di fiducia)