

Spett.le
INARCASSA
DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
ufficio Ciclo Passivo
Via Salaria, 229 - 00199 Roma
protocollo@pec.inarcassa.org

VERBALE DI VISITA MEDICA – revisione 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 ___/___/_____

Tipo pensione in godimento: **Invalidità** **Inabilità**

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** (100%) all'esercizio della professione (inabilità ai sensi dell'art. 27 dello Statuto Inarcassa).

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);

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**

Osservazioni _____

Data _____

In fede (il sanitario di fiducia)