

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

VERBALE DI VISITA MEDICA COLLEGIALE

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

In data ___ / ___ / _____, è stato sottoposto a visita medica presso _____

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

Osservazioni _____

Luogo e data _____

In fede

Il Collegio medico incaricato (timbro e firma)

Dott. _____

Dott. _____

Dott. _____