



RECAPITI: VIA KENNEDY,12-80024 CARDITO (NA) TEL. 081/19336076

### Scheda Associato

Nome: WIDOVICO Cognome: ARNONE

Data di nascita: 17/01/1942 Luogo di nascita: ESSORIA

Recapito telefonico: 348/6085434

#### Richiesta:

- Estratto contributivo
- CU
- OBIS/M
- NASPI/DISOCCUPAZIONE
- ASSEGNI FAMILIARI
- INVALIDITA' CIVILE + 104
- ISEE
- DIMISSIONI
- SOLLECITO RED
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_
- Note: \* N.B. ANAGABETA (firmare come testimoni i 2 figli)

La scheda associato ha un costo di € 10,00 ed una validità fino al 31/12/2021

15.01.2021

Si associa  
ANAGABETA

CLIENTE O PARENTE GIA' ASSOCIATO:

firma associato

Antonio Raffaele

franco

Papa & C. s.p.a.

Inv.Civ t104

Mandato firmato OK

liberatoria firmata OK

coordinate bancarie OK

c.i + cf OK + N° 2 TESTIMONI

c.i + cf coniuge VEDOVO del 26/04/2018

certificato medico OK

assunzione di responsabilità pag 15 OK

recapito telefonico 368/4085634

chiedere sempre se la residenza è la stessa OK

ANALIS BETA

PICCO \* Emma Raffaele

" \* Emma Mauro

Cesario, li 15/1/2021



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto/a ARMONE WALTER  
 nato/a a ESSORIA (NA) il 17/1/62 sesso M  F   
 e residente in ESSORIA ( ) c.a.p. \_\_\_\_\_  
 all'indirizzo VIA V. EMANUELE numero civico 29  
 codice fiscale RNNLR42A17DPO6 cittadinanza ITAL.

Avendo preso visione dell'informativa riportata in calce:

- dell'identità del titolare del trattamento dei dati;
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati (DPO);
- delle modalità con le quali il trattamento avviene;
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali;
- dei diritti dell'interessato;

**ACCONSENTE**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa riportata in calce

- SI  NO  al trattamento dei dati personali e particolari ai fini dell'espletamento dell'incarico conferito al Patronato ACAI-ENAS
- SI  NO  al trattamento dei dati personali e particolari ai fini di eventuale future comunicazioni riguardo prestazioni e servizi offerti dal Patronato ACAI-ENAS
- SI  NO  al trattamento dei dati personali e particolari per le finalità perseguite da ACAI e UGL - Organizzazioni promotrici del Patronato ACAI-ENAS, autorizzando la comunicazione di tali dati alla stessa ed agli Enti da questa promossi.

Data 15/1/2021

Firma (\*) ARMONE WALTER  
ARMONE WALTER

(\*) Per gli analfabeti firma di due testimoni - Se impossibilitato indicare causa dell'impedimento

**INFORMATIVA sul TRATTAMENTO dei DATI PERSONALI  
(Regolamento Europeo 2016/679)**

Il "Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali nonché alla libera circolazione di tali dati" (nel seguito "GDPR") prevede la tutela delle persone fisiche rispetto al trattamento dei dati personali.

A tal fine si informa che i dati personali forniti ed acquisiti dal **Patronato ACAI-ENAS**, in qualità di "Titolare" del trattamento ai sensi dell'art. 13 del GDPR, saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal GDPR nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti e che:

**FINALITÀ:** il Patronato ACAI-ENAS tratterà i dati personali e particolari raccolti direttamente dall'interessato all'atto della sottoscrizione del mandato per l'espletamento dell'attività necessaria per l'esecuzione dell'incarico; tali dati saranno archiviati dal software MISIA nel rispetto delle prescrizioni normative vigenti;

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** il titolare del trattamento è il Patronato ACAI-ENAS, con sede in Roma in Piazza Capranica n. 78, nella persona del suo legale rappresentante, Sig. Paolo Nassano

**DATA PROTECTION OFFICER (DPO)** nominato è il Sig. Paolo Scavino, legale rappresentante della Auditadistanza.it Srls, Via Ladiosa 33-20 - C.f./P.Iva 02236930992.

**RESPONSABILE ESTERNO DEL TRATTAMENTO** è il sig. Paolo Lodovico ROMANELLA cf. RMNPLD58M14D612F, gestore del software di archiviazione MISIA.

**DESTINATARI DEI DATI:** nei limiti pertinenti alle finalità di trattamento indicate e in base al tipo di consenso prestato, i dati potranno essere comunicati ad altri soggetti e/o organismi appartenenti ad ACAI e UGL - Organizzazioni promotrici del Patronato ACAI-ENAS e a tutti quei soggetti la cui conoscenza è indispensabile per lo svolgimento del servizio richiesto (Enti previdenziali, soggetti abilitati in esecuzione di specifici obblighi di legge, autorità giudiziarie e amministrative, etc). I Suoi dati non saranno in alcun modo oggetto di diffusione ad ulteriori terzi.

**LOCAZIONE dei DATI:** i dati raccolti sono conservati, sia a livello informatico che cartaceo, sul territorio nazionale e non saranno oggetto di trasferimento all'estero.

**PERIODO DI CONSERVAZIONE:** i dati raccolti verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati ("principio di limitazione della conservazione", art.5, GDPR) o in base alle scadenze previste dalle norme di legge e comunque non oltre 10 anni dalla cessazione del rapporto per le Finalità di Servizio.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:** l'interessato ha sempre diritto a richiedere al Titolare l'accesso ai Suoi dati, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento o la possibilità di opporsi al trattamento, di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo. In ogni caso, l'interessato ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. L'apposita istanza dovrà essere presentata contattando il Responsabile della protezione (DPO) o direttamente presso la Direzione del Patronato ACAI-ENAS tramite i contatti già indicati.

**OBBLIGATORietà O MENO DEL CONFERIMENTO DATI:** il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata autorizzazione all'utilizzo degli stessi rende impossibile l'esecuzione ed il perfezionamento dell'incarico.

**MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI:** i dati personali verranno trattati nel rispetto della normativa suindicata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività del Titolare. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici e telematici sia su supporti cartacei sia su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto di adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza previste dal GDPR.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa che precede

Firma ARMONE WALTER  
ARMONE WALTER

**Mandato di Assistenza e Rappresentanza**

Io sottoscritto/a **Cognome ARNONE** Nome **WADO VICO**  
 Data nascita **17/11/62** Comune di nascita **ESSORIA** Sesso **M**  
 Codice Fiscale **RNNLV62ZAIT5000** Cittadinanza **ITALIANA**  
 Indirizzo **VIA V. EMANUELE III 100** C.A.P. **92026** Città **ESSORIA** Numero Civico **29**

Con il presente atto conferisco mandato a rappresentarmi e ad assistere gratuitamente ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 della legge 30 marzo 2001, n.152 e del DM 10.10.2008, n.193 al Patronato EPASA-ITACO Cittadini Imprese, sede di \_\_\_\_\_, presso il quale eleggo domicilio ai sensi dell'art.47 c.c., nei confronti del \_\_\_\_\_ per lo svolgimento della pratica relativa a: \_\_\_\_\_

Il presente mandato puo' essere revocato solo per iscritto.

Firma Assistito *[Firma]*  
 Firma Collaboratore Volontario *[Firma]*

**Dati collaboratore Volontario**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

**Dati Operatore**

Cognome **PRESTI** Nome **LUCIA**  
 Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_

Sede **AGRIGENTO**

Timbro \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO**  
(D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196 (d'ora in avanti "Legge"), l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ed in particolare essendo stato informato che:

**(Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento)** il Patronato EPASA-ITACO Cittadini Imprese effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e tale trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura sensibile, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza;

**(Ambito di comunicazione dei dati personali)** i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito. I dati personali - con esclusione di quelli sensibili - potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CNA - Confederazione Nazionale dell'Artigianato e della Piccola e Media Impresa e Confesercenti - Confederazione Italiana Imprese Commerciali, Turistiche e dei Servizi, anche in nome e per conto delle associazioni a esse aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini;

**(Modalità del trattamento)** il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dagli artt. 31 e seguenti della Legge, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta;

**(Necessità del conferimento dei dati)** il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1 comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta;

**(Diritti riconosciuti all'interessato)** in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003;

**(Titolare e Responsabile del trattamento)** titolare del trattamento dei dati è il Patronato EPASA-ITACO Cittadini Imprese in persona del Presidente Nazionale, legale rappresentante pro-tempore, domiciliato per la carica in Roma, Piazza Armellini, n. 9 CAP 00162 e responsabile del trattamento dei dati ai fini dell'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice è il Direttore/Responsabile pro-tempore della Sede Provinciale del Patronato EPASA-ITACO Cittadini Imprese

**Punto 1**

fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi espressamente compresi i dati sensibili, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando anche il Patronato EPASA-ITACO CITTADINI IMPRESE ad accedere, ai sensi dell'art.116 della Legge, alle banche di dati degli enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico.

Firma Assistito *[Firma]*

**Punto 2 (Facoltativo)**

consente, altresì, al Patronato EPASA - ITACO Cittadini Imprese di utilizzare i predetti dati - con esclusione di quelli sensibili - per le ulteriori attività statutarie del medesimo, nonché per attività di informazione e promozione dei propri servizi non oggetto del presente mandato e di comunicare i dati personali ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti alla CNA - Confederazione Nazionale dell'Artigianato e della Piccola e Media Impresa e Confesercenti - Confederazione Italiana Imprese Commerciali, Turistiche e dei Servizi, perché li utilizzi per finalità proprie e per la promozione dei servizi delle Associazioni o degli organismi ad esse aderenti, nonché a tutti gli altri soggetti con i quali il Patronato EPASA-ITACO Cittadini Imprese ha stipulato convenzioni e/o accordi per lo svolgimento dell'attività istituzionale.

Data **15/01/2021**

Firma Assistito *[Firma]*

**N.B.: il mandato si perfeziona con data, timbro e firma dell'operatore del Patronato**



## Dati socio-economici necessari per la concessione e l'erogazione delle prestazioni d'invalidità civile - 15/15

### Assunzione di responsabilità

Il sottoscritto si impegna a comunicare entro 30 giorni dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modello.

Il sottoscritto ha compilato i seguenti quadri:

A  B  B1  B2  D  E  F1  F2  G  H

Il sottoscritto è consapevole che le dichiarazioni non conformi al vero e la mancata o intempestiva comunicazione delle predette variazioni comporteranno, in ogni caso, oltre all'applicazione delle sanzioni di legge, il recupero delle somme che risultassero indebitamente percepite.

Luogo Esperia e data 15/1/2020

Firma Assunzione Raffaele

Documento di riconoscimento C.I.D. numero AV 5458945 rilasciato da C. Di Esperia  
in data 12/4/14 valido fino al 17/4/2025

**N.B. Il presente foglio deve essere stampato, firmato e allegato nella trasmissione telematica finale dei dati.**

### Informativa sul trattamento dei dati personali

**(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali")**

L'Inps con sede in Roma, via Ciriaco De Mita, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d'ora in avanti "Codice"), da altre leggi e da regolamenti, al fine di definire l'istanza e svolgere le eventuali altre funzioni istituzionali ad essa connesse. Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati ed istruiti, secondo logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti. I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche o a privati soltanto alle condizioni previste dal Codice e solo eccezionalmente potranno essere conosciuti da altri soggetti, che forniscono servizi per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili per il trattamento dei dati personali designati dall'Istituto. Il conferimento dei dati non contrassegnati con un asterisco è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano. L'Inps la informa, infine, che può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente per l'istruttoria della presente domanda; se si tratta di un'agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale anche per il tramite dell'agenzia stessa.


**REPUBBLICA ITALIANA**  
**MINISTERO DELL'INTERNO**  
**CARTA DI IDENTITÀ / IDENTITY CARD**  
 COMUNE DI / MUNICIPALITY  
**CASORIA**

CA14625CT



COGNOME / SURNAME  
**ARMONE**  
 NOME / NAME  
**MAURO**  
 LEGGEE DATA / BIRTHDATE  
**CASORIA (NA) 24.07.1971**  
 SESSO / SEX  
**M**  
 STATURA / HEIGHT  
**177**  
 EMISSIONE / ISSUING  
**26.11.2018**  
 FIRMA DEL TITOLARE / HOLDER'S SIGNATURE  


CITTADINANZA / NATIONALITY  
**ITA**  
 SCADENZA / EXPIRY  
**24.07.2025**  
**322745**


**REPUBBLICA ITALIANA**  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI


 Codice Fiscale **RNNMRA71L24B990W** Sesso **M**

Cognome **ARMONE**  
 Nome **MAURO**  
 Luogo di nascita **CASORIA**  
 Provincia **NA**  
 Data di nascita **24/07/1971**

Data di scadenza **31/10/2025**

Dati sanitari regionali  

**REGIONE CAMPANIA**




**REPUBBLICA ITALIANA**  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI


**Codice Fiscale** **RNNLVC42A17B990W** **Sesso** **M**

**Cognome** **ARNONE**  
**Nome** **LUDOVICO**

**Data di scadenza** **08/07/2021**  
**Luogo di nascita** **CASORIA**  
**Provincia** **NA**  
**Data di nascita** **17/01/1942**

Carte sanitarie regionali  


**Cognome** **ARNONE**  
**Nome** **LUDOVICO**  
**nato il** **17/01/1942**  
 (atto n. **47** P. **1** S. **A**)  
**a** **CASORIA** ( **NA** )  
**Cittadinanza** **ITALIANA**  
**Residenza** **CASORIA (NA)**  
**Via** **VIA VITTORIO EMANUELE N° 29**  
**Stato civile** **CONIUGATO**  
**Professione** **OMESSA**  
**AR. 35DPR30/5/89N223**  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
**Statura** **cm 155**  
**Capelli** **BRIZZOLATI**  
**Occhi** **CELESTI**  
**Segni particolari** **NESSUNO**



**Firma del titolare** **ANALFABETA**  
**CASORIA** il **12/11/2014**  
**UFFICIALE D'ANAGRAFE**  
**ARNONE VINCENZO**  
**Fisso € 5,20**  
**Diritto di Segreteria € 0,30**



TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA

ARNONE


LUDOVICO

17/01/1942

RNNLVC42A17B998W SSN-MIN SALUTE - 500001

80380001500159183356

08/07/2021



II




Scade il 17/01/2025

AV 5459943



IPZS spa - O.C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI  
CASORIA (NA)

CARTA D'IDENTITA'

N° AV 5459943

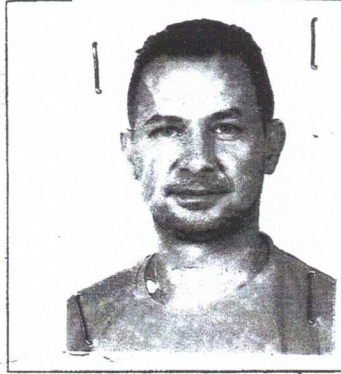
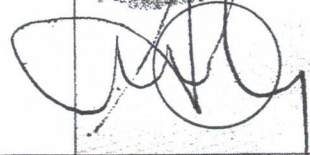
DI

ARNONE

LUDOVICO

Cognome	ARNONE
Nome	RAFFAELE
nato il	19/01/1978
(atto n.	329 P. 1 S. A)
a	NAPOLI (NA)
Cittadinanza	ITALIANA
Residenza	CARDITO (Na)
Via	VIA BERGAMO 11
Stato civile	CONIUGATO
Professione	IDRAULICO
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI	
Statura	1.70
Capelli	CASTANI
Occhi	CASTANI
Segni particolari	NESSUNO

	
Firma del titolare <i>Raffaele Arnone</i>	
CARDITO (Na)	31/08/2016
Impronta del dito indice sinistro	IL SINDACO STIALE D'ANNO Arnone/Raffaele
	

REPUBLICA ITALIANA  
**TESSERA SANITARIA**  
 CARTA REGIONALE DEI SERVIZI

Codice Fiscale: **DNKE754791830W** Sesso: **M**

Cognome: **ARNONE**  
 Nome: **RAFFAELE**  
 Luogo di nascita: **NAPOLI**  
 Provincia: **NA**  
 Data di nascita: **19/01/1978**

Data di scadenza: **08/07/2021**

Dati sanitari regionali  




Roma, 26.03.2019

Gentile Cliente,

la ringraziamo per aver scelto di aprire il Libretto Smart Dematerializzato n. 000049763996

intestato a ARNONE LUDOVICO,ARNONE MAURO

Le ricordiamo che, accedendo all'Area Riservata del sito poste.it, potrà consultare il **Rendiconto annuale delle registrazioni** contabili, come previsto nelle Condizioni generali di contratto del Suo Libretto. Potrà, inoltre, monitorare online i risparmi ed effettuare le operazioni sul Libretto direttamente dal sito o tramite App.

Saluti,  
BancoPosta

Al suo Libretto è attribuito un codice univoco ("Codice IBAN") che le consentirà di ricevere accrediti mediante bonifici secondo le modalità ed i limiti indicati nel Foglio Informativo relativo al Libretto Smart

#### COORDINATE BANCARIE LIBRETTO

Codice IBAN:

IT29M0760103384000049763996

La richiesta di registrazione al sito poste.it è andata a buon fine per i seguenti intestatari:

NomeUtente: 

Per accedere all'Area Riservata del sito poste.it è necessario inserire la password ricevuta tramite SMS all'apertura del libretto ed il/i NomeUtente sopra indicato/i.

Per tutte le informazioni relative alle condizioni economiche e contrattuali del Libretto Smart è possibile consultare il relativo Foglio Informativo, disponibile presso tutti gli Uffici Postali e sui siti poste.it e cdp.it.

## Posteitaliane

Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta  
Codice ABI 07601  
Sede Legale Viale Europa 190  
00144 Roma (RM)  
Partita Iva 01114601006

Codice Fiscale e Registro delle Imprese  
n. 97103880585  
Capitale Sociale 1.306.110.000 euro i.v.  
N. Iscrizione Rea 842633



## Certificato medico - 1/4

NUMERO CERTIFICATO	2020AN49433		
COGNOME	ARNONE	NOME	LUDOVICO
SESSO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CODICE FISCALE	RNNLVC42A17B990W
NATO/A IL	GG/MM/AAAA	17/01/1942	
A	CASORIA		
PROV.	NA	CODICE TESSERA SANITARIA	
ASL DI APPARTENENZA	A.S.L. NAPOLI 2 NORD		

### Anamnesi

### Obiettività

### Diagnosi

CARDIOPATIA ISCHEMICA(PREGRESSO INFARTO)-FIBRILLAZIONE ATRIALE-DIABETE TIPO II-BPCO-  
INCONTINENZA URINARIA-VASCULOPATIA CEREBRALE CON DEFICIT COGNITIVO-I.P.B

**Certificato medico – 2/4**

## Codici ICD-9

Codice	Descrizione
4149	Cardiopatía ischemica cronica non specificata
42731	Fibrillazione atriale
7883	Incontinenza di urina
250	Diabete mellito
4912	Bronchite cronica ostruttiva

## Ulteriore specificazione patologia

## Terapia

PRADAXA 150 MG-BIFRIL 30 MG-BISOPROLOLO 0,5-LASIX 25 MG-SLOWET 1000 MG-ZYLORIC 300 MG-TAMLIC 0,4 MG-DUTASTERIDE 0,5-OMEPRAZOLO 20 MG



### Certificato medico – 3/4

Certifico che la persona è:

Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore:  SI  NO Non mi esprimo

Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua:  SI  NO Non mi esprimo

Affetta da malattia neoplastica in atto

Affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007

Sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per se o per gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio

Affetta da patologia di competenza ANFFAS:  SI  NO

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di:

INVALIDITA'  CECITA'  SORDITA'  SORDOCECITA' (Legge 24 giugno 2010, n. 107)

HANDICAP  DISABILITA'

Segnalo che:

Sono presenti patologie di disabilità intellettiva e/o relazionale:

Codice ICD-9	Descrizione

Per gli effetti di cui all'art. 41 Legge n. 183/2010, una o più infermità, per le quali si chiede il riconoscimento dello stato invalidante, potrebbero dipendere da fatto illecito di terzi.

Specialista in commissione Nessuna specializzazione  
 (solo per residenti nella regione Emilia Romagna)

Luogo Napoli data 13/12/2020

Medico curante

**COGNOME** LACAVA

**NOME** VINCENZO FRANCESCO ANTONIO

**N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI** NA-19988

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Mod. C

**Certificato medico – 4/4**

**Dott. LAGANA VINCENZO**  
ASL NA 2 NORD D.S. 43  
Cod. Reg. 070307  
REGIONE CAMPANIA

iscritto con n° iscrizione Ordine Provinciale dei Medici

e firma del Medico

IL PRESENTE CERTIFICATO E' VALIDO SOLO SE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE



**Attestato di trasmissione certificato medico****Si attesta che**è stato correttamente acquisito il certificato medico numero: 2020AN49433relativo all'accertamento di INVALIDITA' CIVILE inviato in data 13/12/2020

Per il/la Sig./Sig.ra

**NOME** LUDOVICO      **COGNOME** ARNONE

**CODICE FISCALE** RNNLVC42A17B990W      **NATO/A IL GG/MM/AAAA** 17/01/1942

**A** CASORIA      **PROV** NA

Medico curante

**NOME** VINCENZO FRANCESCO ANTONIO      **COGNOME** LACAVALA

**N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI** NA-19988

**Si rammenta che il certificato non sostituisce la presentazione della domanda che dovrà essere inoltrata telematicamente all'INPS**