



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



Certificazioni in corso di sostituzione di MMG e PLS

Dott.ssa Letizia Angeli

LE CERTIFICAZIONI

ART. 37 ACN 2005 – SOSTITUZIONI

4- Il medico sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'incarico di sostituzione da parte del medico sostituto, le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dal presente Accordo.

ART. 24 CODICE DEONTOLOGICO – CERTIFICAZIONE

Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

- In base alla **Legge 98 del 9 agosto 2013** , è abolita la redazione dei certificati per attività ludico motoria amatoriale e dei conseguenti accertamenti diagnostici richiesti dalla normativa abrogata.
- Rimane l'obbligo della certificazione per l'attività sportiva non agonistica che si intende solo riferita alle attività sportive parascolastiche e a quelle appartenenti a Federazioni nazionali sportive che fanno capo al Coni.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Chi deve fare il certificato

- gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dall'orario di lezione
- coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (ma che non siano considerati atleti agonisti)
- chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

Quali sono i medici certificatori

- il medico di medicina generale per i propri assistiti
- il pediatra di libera scelta per i propri assistiti
- il medico specialista in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano

Decreto 8 agosto 2014, Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Quali esami clinici sono necessari

- Per ottenere il rilascio del certificato è necessaria l'anamnesi e l'esame obiettivo con **misurazione della pressione** e di un **elettrocardiogramma a riposo effettuato almeno una volta nella vita.**
- Per chi ha **superato i 60 anni** di età associati ad **altri fattori di rischio** cardiovascolare, è necessario un **elettrocardiogramma basale** debitamente **refertato annualmente**
- Anche per coloro che, a prescindere dall'età, hanno **patologie croniche conclamate** che comportano un aumento del rischio cardiovascolare è necessario un **elettrocardiogramma basale** debitamente **refertato annualmente.**
- Il medico può prescrivere altri esami che ritiene necessari o il consulto di uno specialista

Gli esami eseguiti non sono a carico del SSN, ad eccezione dei minori di 18 anni e dei disabili di ogni età con esenzione I01.

CERTIFICATO DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Il medico certificatore conserva copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite.

Per i MMG ed i PLS, l'obbligo di conservazione dei documenti può essere assolto anche dalla registrazione dei referti nella scheda sanitaria informatizzata individuale.

Quando fare i controlli e quanto dura il certificato

- Il controllo deve essere annuale
- Il certificato ha validità annuale con decorrenza dalla data di rilascio

Decreto 8 agosto 2014, Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Sig/Sig.ra _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____ non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ lì, _____

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ATTIVITA' LUDICO MOTORIA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto, ne' riferisce controindicazioni anamnestiche, alla pratica ludico motoria.

Il presente certificato ha validita' di mesi dodici dalla data del rilascio salvo la comparsa di eventi morbosi e/o traumatici che facciano venire a mancare la suddetta idoneità.

In fede

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI GUARIGIONE E RIAMMISSIONE A SCUOLA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

_____ li / /20

il Sig.
nato a _____
residente in _____

il / /

SI CERTIFICA CHE

sulla base della visita medica effettuata, si ritiene idoneo a riprendere a frequentare
la scuola non essendo affetto da malattia infettiva e/o diffusiva dal giorno

/ /20 .

In fede

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ESONERO DA EDUCAZIONE FISICA

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

Alla gentile attenzione del Sig. Preside
Alla gentile attenzione dell'Insegnante di Educazione Fisica

Per
nato a _____ il / /
residente in _____

che frequenta il Vostro Istituto richiedo l'esonero da ogni attività sportiva, e quindi anche dalle lezioni scolastiche di Educazione Fisica per _____ (____ giorni o tutto il periodo scolastico) in quanto l'alunno o risulta affetto da:

In fede _____



LA
g

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale - n. 273

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO O AL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE.

(Da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art. 25 della Legge 23.12.1978 - Istituzione del S.S.N.)

COGNOME - NOME: UNITA' SANITARIA LOCALE N.

nato a il REGIONE Emilia Romagna

PROFESSIONE: Codice fiscale:

A) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia (2)			
Altre			

B) TURBE PSICHICHE: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Da malattie			
Da traumatismi			
Post-operatorie			
Da ritardo mentale grave			
Da psicosi			
Della personalit.			

C) SOSTANZE PSICOATTIVE: (1)	SI/NO	PREGRESSA	IN ATTO
Abuso di alcool			
Uso di stupefacenti (3)			
Uso di sostanze psicotrope (3)			
Dipendenza da alcool			
Dipendenza da stupefacenti			
Dipendenza da sostanze psicotrope (3)			

Il sottoscritto afferma di avere fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

li, / /20

In fede, il dichiarante

In fede, il medico

sieme al
pedale



CERTIFICATO

PORTO D'ARMI

CERTIFICATO PER ASSICURAZIONI PRIVATE DI INFORTUNIO: CONTINUAZIONE

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata non risulta ancora clinicamente
guarito in quanto presenta ancora:

conseguenza del riferito infortunio verificatosi il

Prognosi clinica di ulteriori giorni: s.c.

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

CERTIFICATO PER ASSICURAZIONI PRIVATE DI INFORTUNIO: GUARIGIONE/GUARIGIONE CON POSTUMI

Dr.
Medico Chirurgo
Tel.

li / /20

il Sig.
nato a il / /
residente in

SI CERTIFICA CHE

In base alla visita da me effettuata risulta clinicamente guarito
con/senza postumi invalidanti, da valutarsi in sede medico-legale,
dalle lesioni riportate nel riferito infortunio verificatosi il

Si rilascia su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

CERTIFICATO

PER PATENTE

LA

al

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE IL/LA SIG./SIG.RA

CODICE FISCALE _____

DA ME IN CURA DA PIÙ/ **MENO** DI UN ANNO, **PRESENTA** PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE DI RILIEVO CLINICO RELATIVE A :

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	NO
DIABETE MELLITO	SI
SISTEMA ENDOCRINO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	
SISTEMA NEUROLOGICO <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	
PATOLOGIE PSICHICHE <i>(Se sì, specificare diagnosi)</i>	
EPILESSIA	
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE <i>(Cancellare la voce che non interessa)</i>	
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento <i>(specificare)</i>	
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	

Il paziente mi sottoscrive sotto la sua responsabilità che i dati di cui sopra, a me dichiarati, sono rispondenti a verità

Il/la paziente

Il padre o La madre Cognome e nome

firma

firma (per chi è minorenni)

DATA .. / ./20.. _____ Timbro e firma del medico con n° regionale e specializzazione

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a _____ il _____ è affetto da Diabete Mellito Tipo _____ dal _____

è attualmente in terapia:

- nutrizionale Ipoglicemizzanti orali Insulina Combinata (IGO e insulina)
 che possono indurre ipoglicemie gravi
 che non inducono ipoglicemie gravi

HA PRESENTATO CRISI IPOGLICEMICHE GRAVI O RICORRENTI NEGLI ULTIMI 12 MESI SI NO

Se SI, indicare la data dell'ultima crisi _____

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- ✓1Retinopatia background Non proliferante proliferante Laser-trattata* Glaucoma*
✓2Neuropatia autonoma sensitivo-motoria Uso di farmaci specifici
✓3Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
✓4Complicanze cardiovascolari: TIA/ICTUS Cardiopatia ischemica
 Angiopatia arti inferiori clinicamente severa Altro:

* in questi casi effettuare campo visivo binoculare computerizzato a 120 punti, prima dell'invio alla Commissione Medica Locale (il campo visivo dovrà essere consegnato, in originale, dall'utente all'atto della visita in Commissione patenti)

Giudizio sulla qualità del controllo glicemico, che influenza direttamente la velocità di progressione delle complicanze croniche

ADEGUATO NON ADEGUATO Ultimo valore HbA1c: _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

BUONO ACCETTABILE SCADENTE

Data _____

Firma del Medico Curante

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al

er la valutazione del profilo di rischio da attribuire ai soggetti diabetici in riferimento alla valutazione di pericolosità alla guida si propongono i seguenti criteri:

- 1) potrà essere considerato come controllo glicemico adeguato riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida, un valore di emoglobina glicata <9.0%, non adeguato in caso di valori >9.0%;
- 2) per le valutazioni delle ipoglicemie dovranno essere tenuti presenti al fine di attribuzione del giudizio di buono, accettabile, scadente i seguenti parametri valutativi:
 - a) ipoglicemie gravi (che richiedono l'assistenza di un'altra persona) e ricorrenti (negli ultimi 12 mesi)
 - b) frequenza episodi: se <2/mese, se tra 2 e 4 al mese, se >4 al mese
 - c) valutazione anamnestica della capacità del soggetto di avvertire l'ipoglicemia e di gestirla precocemente ed adeguatamente;

Giudizio sul profilo attribuibile in relazione al RISCHIO PER LA SICUREZZA DELLA GUIDA

- BASSO, si propone il rinnovo per anni _____
- MEDIO, *limitatamente a quanto concerne la patologia diabetica e delle complicanze*
Riscontrate si ravvisa opportunità di limitare il rinnovo a _____
- ELEVATO, il tipo e l'entità di complicanze risultano tali da comportare un elevato rischio alla guida: invio alla Commissione Medica Locale (CML)

Firma del Diabetologo

Data _____

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

Per una corretta compilazione leggere le ISTRUZIONI SUL RETRO della scheda

ISTAT
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA

SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO
ISTAT MODELLO D4 - Edr. 2015
COPIA PER L'ISTAT

SCRIVERE IN STAMPATELLO

PARTE A - A CURA DEL MEDICO

MASCHIO Età compiuta

FEMMINA anni

1. Luogo del decesso

Residenza in cui è avvenuto il decesso

1.1. Indirizzo del decesso

1.2. Comune

1.3. Província

1.4. Codice ASL

1.5. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 13 mesi di vita

1.6. Sesso gestazionale

1.7. Morte in gravidanza

1.8. Morte entro 42 giorni dalla fine della gravidanza

1.9. Morte tra 43 giorni e 1 anno di età dalla fine della gravidanza

1.10. Intossicazione

2. Riscatto diagnostico

2.1. Causa iniziale (secondo ICD-10)

2.2. E' stato notato?

2.3. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1045 1046 1047 1048 1049 1050 1051 1052 1053 1054 1055 1056 1057 1058 1059 1060 1061 1062 1063 1064 1065 1066 1067 1068 1069 1070 1071 1072 1073 1074 1075 1076 1077 1078 1079 1080 1081 1082 1083 1084 1085 1086 1087 1088 1089 1090 1091 1092 1093 1094 1095 1096 1097 1098 1099 1100 1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE

L'INPS rilascia le credenziali per redigere le certificazioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'invalidità previdenziale (SS3), delle cure balneo termali



INPS

Istituto Nazionale
Previdenza Sociale



Mod. C (certificato medico)

Certificato medico

NUMERO CERTIFICATO: 123456

COGNOME: PINO NOME: PALLINO

SESSO: M CODICE FISCALE: PNCPL_84H19C154Y

NATA IL: 15/04/1984 A: RC/IGD PRCV: FO

CODICE TESSERA SANITARIA: 387

ASL DI APPARTENENZA: 15010

Anamnesi:
ANAMNESI

Obiettività:
OGGIETTIVITA'

CERTIFICATO PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE



The screenshot shows the INPS website interface. At the top, there is a search bar and navigation links: L'ISTITUTO, INPS COMUNICA, UFFICIO STAMPA, DATI E ANALISI, CONCORSI E GARE, MODULISTICA, SOFTWARE, MAPPA, CONTATTI. The main content area is divided into three columns:

- IN PRIMO PIANO:** Features a large banner for "CU 2016" (Certificazione Unica 2016) with the date "29/02/2016 - La Certificazione Unica 2016". Below the banner, it states: "E' disponibile il modello di Certificazione Unica, necessario per la presentazione della dichiarazione dei redditi."
- INFORMAZIONI:** Contains four buttons: "Come fare per", "Le informazioni più richieste", "Tutte le informazioni", and "Le sedi".
- SERVIZI ONLINE:** Contains four buttons: "Il Pin on line", "I servizi più richiesti", "Accedi ai servizi" (circled in blue), and "Al telefono".

A blue arrow points from the "Le sedi" button in the "INFORMAZIONI" column to the "Accedi ai servizi" button in the "SERVIZI ONLINE" column.

Below the main content, there is a "NOTIZIE" section with three news items:

- 09/03/2016 - Incontro tra Inps, Ministero del Lavoro e Enti di sicurezza sociale canadesi
- 04/03/2016 - Assegno di disoccupazione (Asdi) per i lavoratori già beneficiari della Naspi
- 03/03/2016 - Prestazioni sociali: importi e limiti di reddito validi per l'anno 2016

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

L'ISTITUTO INPS COMUNICA UFFICIO STAMPA

Servizi Online

Servizi

HOME > SERVIZI ONLINE

- La Mia Pensione
- Consultazione posizione annuale da lavoro dipendente (dal 2005)
- Servizi per il cittadino
- Elenco di tutti i Servizi
- Per tipologia di utente**
- Portale dei pagamenti
- Applicazioni Mobile

Benvenuto nell'area SERVIZI del portale INPS

Tramite questa area potrai accedere a tutti i servizi online messi a disposizione.

Il menu a sinistra ti permetterà infatti di navigare all'interno delle diverse aree del portale. Qualora non dovessi trovarlo agevolmente potrai usufruire del nostro servizio di assistenza clienti.

Buona navigazione!

[Leggi questo articolo in formato PDF](#)

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Per tipologia di utente		
ASL	▶ Invalidità civile - Riconvocazioni a visita ASL	▶ Scheda Informativa
Centri documentali e Capitanerie di Porto	▶ Invalidità Civile - Verifiche Straordinarie	▶ Scheda Informativa
Servizi in convenzione	▶ Invalidità Civile in Convenzione per le ASL	▶ Scheda Informativa
Banca d'Italia	▶ Modulistica	▶ Scheda Informativa
Istituti di Credito	▶ Newsletter messaggistica Inps	▶ Scheda Informativa
Associazioni Datori di Lavoro Domestico	Centri documentali e Capitanerie di Porto ▲ Torna su	
Associazioni di categoria	▶ Certificazione del Servizio di Leva	▶ Scheda Informativa
Aziende, consulenti e professionisti	Servizi in convenzione ▲ Torna su	
CAF	▶ Accesso ai servizi in convenzione	▶ Scheda Informativa
Cittadino	▶ Newsletter messaggistica Inps	▶ Scheda Informativa
Dirigenti aziende industriali	Banca d'Italia ▲ Torna su	
Enti Locali CIG	▶ Domanda di pensione	▶ Scheda Informativa
Enti Locali Lavoratori	Istituti di Credito ▲ Torna su	
Enti Locali e provinciali		
Medici Certificatori		
Patronati		
Sindacati		

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Medici Certificatori

▶ Certificato di accertamento del decesso	▶ Scheda Informativa
▶ Certificato medico introduttivo per istanza di invalidità previdenziale (SS3)	▶ Scheda Informativa
▶ Certificato medico per il riconoscimento delle cure balneo termali	▶ Scheda Informativa
▶ Certificato medico per il riconoscimento dell'invalidità civile	▶ Scheda Informativa
▶ Modulistica	▶ Scheda Informativa
▶ Newsletter messaggistica Inps	▶ Scheda Informativa
▶ Portale dei servizi per il CTU	▶ Scheda Informativa

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Autenticazione UTENTE

Autenticazione con PIN

Autenticazione con CNS

L'area a cui stai accedendo è riservata ad utenti registrati.
Per l'accesso ai servizi autenticati è necessario il possesso di un codice PIN
rilasciato dall'INPS oppure, in alternativa, di una Carta Nazionale dei Servizi (CNS).

[Richiedi e gestisci il tuo PIN](#)
[Istruzioni per l'Accesso](#)



Hai smarrito il tuo PIN?

Codice Fiscale

PIN

accedi

annulla

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE Ultim

Medici Abilitati	
Invio Certificati Invalidità civile	
Gestione Certificati Invalidità civile	

[Esci](#)

www.inps.it	 Compila ed invia Certificato	<p>Questa funzione permette la compilazione e l'invio dei certificati online per l'invalidità.</p>
	 Visualizza Certificati	<p>Questa funzione permette la visualizzazione dei certificati inviati.</p>
	 Modifica Medico	<p>Questa funzione permette di aggiornare/modificare i dati del Medico.</p>
	 Caricamento Dati Certificato Medico	<p>Questa funzione permette di caricare i dati del certificato Medico da file XML.</p>
	 Area Download	<p>Funzione per il prelevamento dei documenti e degli applicativi necessari al servizio di compilazione off-line del certificato medico. Ultimo aggiornamento: 05/02/2016 </p>

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Servizi Online

PORTALE PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Medici Abilitati
Invio Certificati Invalidità civile
Compilazione Certificato Invalidità civile

[Guida](#)

Cognome e Nome Medico: ANGELI LETIZIA	Provincia: MO N° Iscrizione all'Ordine: 6380
Cognome Richiedente:	<input type="text"/>
Nome Richiedente:	<input type="text"/>
Codice Fiscale:	<input type="text"/>

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

L'ISTITUTO INPS COMUNICA UFFICIO STAMPA DATI E ANALISI CONCORSI E GARE

Servizi Online

PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE

Codice Tessera Sanitaria:	<input type="text"/>	
ASL di appartenenza(*):	- Seleziona Provincia ASL - <input type="text"/> - Seleziona ASL - <input type="text"/>	
Data di nascita:	<input type="text"/>	
Provincia di nascita:	<input type="text"/>	
Comune di nascita:	<input type="text"/>	
Anamnesi:	<input type="text"/>	<input type="button" value="Salva"/>
Obiettività:	<input type="text"/>	<input type="button" value="Salva"/>
Diagnosi(*):	<input type="text"/>	<input type="button" value="Salva"/>

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Diagnosi(*):	<input type="text"/>	Salva
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Codice ICD9-CM <input type="text"/>	- Seleziona Ramo Patologia - - Seleziona Sezione Patologia - - Seleziona Patologia -	
Ulteriore specificazione patologia:	<input type="text"/>	Salva
Terapia:	<input type="text"/>	Salva

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di (*):	<input type="checkbox"/> Invalidità civile <input type="checkbox"/> Cecità <input type="checkbox"/> Sordità <input type="checkbox"/> Sordocecità (Legge 24 giugno 2010, n. 107) <input type="checkbox"/> Handicap <input type="checkbox"/> Disabilità
	Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Non mi esprimo
	Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Non mi esprimo
Si certifica persona con:	<input type="text" value="Patologia Psichiatrica"/> <input type="text"/>
Specializzazione del Medico che fa parte della commissione:	<input type="text" value="Nessuna specializzazione"/> ATTENZIONE! Se il richiedente è residente nella regione Emilia Romagna è obbligatorio indicare la specializzazione
Luogo(*):	<input type="text"/>
Data:	<input type="text" value="14-03-2016"/>
Segnalazione:	N.B. I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori

Invia Certificato

Indietro

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO INTEGRATIVO

ASL di appartenenza(*):	- Seleziona Provincia ASL - <input type="text"/>	- Seleziona ASL - <input type="text"/>
Data di nascita:	<input type="text"/>	
Provincia di nascita:	<input type="text"/>	
Comune di nascita:	<input type="text"/>	
Diagnosi(*):	<input type="text"/>	<input type="button" value="Salva"/>
Si certifica che la persona è:	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore: Non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua: <input type="button" value="Annulla"/>
Richiesta visita domiciliare:	<input type="checkbox"/>	Certifico che sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per sé o per gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio.
Luogo(*):	<input type="text"/>	
Data:	<input type="text" value="14-03-2016"/>	

N.B. I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale



CERTIFICATO INAIL:

INFORTUNIO: RICHIESTA DI VISITA MEDICA E CERTIFICAZIONE

N. FASCICOLO

APPORRE ETICHETTA
NUMERO PROTOCOLLO

CASO: IND AGR

RISERVATO INAIL - SE NON È IL PRIMO fascicolo indicare il numero identificativo del PRIMO fascicolo

QUADRO
A

Cognome											Nome											Sesso	M/F		
Nato a (Comune)											GG		MM		AA		Prov.			il		/		/	
Residente a (Comune)											Prov.			CAP											
Indirizzo (via, piazza, ecc.)											Numero Civico				/										
COD. ISTAT			COD. USL			l'evento è avvenuto il	GG		MM		AA		in (Comune)												
Descrizione delle cause e circostanze dell'infortunio																									

RISERVATO
AL DATORE
DI LAVORO

Il sottoscritto datore di lavoro presenta al medico, per la visita ed il rilascio della certificazione, il suddetto infortunato.

Posizione assicurativa e cod. controllo											Ragione sociale										
Indirizzo														CAP		COMUNE		Prov.			

Data e firma del datore di lavoro - non apporre timbri

Data e firma dell'infortunato

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO INAIL:

QUADRO B

CERTIFICATO MEDICO PRIMO CONTINUATIVO DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome) _____ Codice Fiscale _____

ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il GG / MM / AA _____ alle ore _____

POSTUMI DI ALTRE LESIONI O MALATTIE PREGRESSE RIFERITI O CONSTATATI _____

ESAME OBIETTIVO E DIAGNOSI _____

RISERVATO AL MEDICO

REFERTI DI EVENTUALI ACCERTAMENTI PRATICATI _____

PROGNOSI inabilità temp. assoluta al lavoro (artt. 68 e 213 T.U. 1124/65)
per giorni _____ riprende lavoro il GG / MM / AA _____

pericolo di vita NO SI si presume invalidità permanente NO SI

OSSERVAZIONI DEL MEDICO _____

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE
ricovero ospedaliero NO SI se SI, presso _____
esami specialistici _____

Codice del medico o del presidio sanitario _____ Luogo e data del rilascio _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
per favore non uscire da questa zona

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al
giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO INAIL: continuazione/chiusura

QUADRO C	Si tratta di ricaduta?	eventuali osservazioni		TIMBRO DI ARRIVO
	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>			
RISERVATO INAIL	VISTO DAL MEDICO NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	DATA	FIRMA	

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATO DI ESONERO CINTURE DI SICUREZZA

I certificati attestanti l'esonero all'uso delle cinture di sicurezza per controindicazioni derivate da malattia possono essere rilasciati solo da medici dipendenti o incaricati del SSN ai sensi della Legge 4 agosto 1989 e non dai medici di medicina generale.

- stato di gravidanza
- statura inferiore a cm 150

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

CERTIFICATI MEDICI: TARIFFE E MODALITA' DI EROGAZIONE

CERTIFICATI GRATUITI

- Di prognosi di malattia
- Rilascio del Libretto Sportivo Regionale all'avente diritto
- Di riammissione al lavoro degli alimentaristi

CERTIFICATI A PAGAMENTO: 35 Euro

- Certificati INAIL
- Per invio in colonie o luoghi di soggiorno
- Per idoneità ginnico motoria o per attività sportiva non agonistica
- Per esonero dalle lezioni di educazione fisica, per dieta particolare alla mensa

CERTIFICATI A PAGAMENTO: 40 Euro

- Per il rilascio di patenti di guida
- Per cure termali (via telematica)

CERTIFICATI A PAGAMENTO SOGGETTI AD IVA

1. Euro 40 + IVA al 23% = 48,8 Euro

- Per richiesta invalidità civile/invalidità previdenziale SS3
- Per malattia in aggiunta alla normale certificazione di prognosi di malattia
- Per inabilità temporanea tale da giustificare la mancata presenza in tribunale
- Per tutte le altre certificazioni non menzionate nei punti precedenti

2. Euro 50 + IVA al 22% = 61 Euro

- Per assicurazioni private in caso di infortuni
- Per porto d'armi



In caso di sostituzione

L'ordine rilascia

- Permesso ZTL (per la durata della sostituzione)
- Emblema auto medico in visita domiciliare urgente (per la durata della sostituzione)

E' necessario presentare dichiarazione del titolare della convenzione riportante inizio e fine della sostituzione.

Il compenso del sostituto MMG

ACN 2009 ART. 37 – SOSTITUZIONI

13. Le Aziende per i primi 30 giorni di sostituzione continuativa corrispondono i compensi al medico sostituito che provvede secondo quanto previsto al comma 14; dal 31° giorno corrispondono i compensi direttamente al medico che effettua la sostituzione, purché abbia i requisiti per l'iscrizione nella graduatoria regionale e secondo il trattamento economico previsto dal successivo comma 14.

14. I rapporti economici tra medico sostituito e medico sostituto sono disciplinati dalla norme di cui all'allegato sub lettera C, nel rispetto della normativa fiscale.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Allegato C

REGOLAZIONE DEI RAPPORTI ECONOMICI TRA MEDICO TITOLARE E SOSTITUTO DI ASSISTENZA PRIMARIA NEI CASI DI SOSTITUZIONE VOLONTARIA

1. Fermi restando gli obblighi a carico delle Aziende stabiliti dall'art. 37, i rapporti economici tra medico sostituto e quello già sostituito, chiunque tra i due percepisca i compensi della Azienda, sono regolati tenendo conto dell'uso delle strutture e degli strumenti professionali di proprietà del medico sostituito, della indisponibilità delle condizioni di carriera del medico sostituito e della maggiore o minore morbilità legata alla stagione. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del medico sostituito durante la sostituzione.
2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
3. Individuata convenzionalmente nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, i compensi dovuti al sostituto, di cui al comma 2, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre; se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Il compenso del sostituto MMG

2. L'onorario spettante al medico sostituto è calcolato, sulla base di quanto previsto dal precedente comma 1, nella misura del 70% del compenso di cui alla lettera A, comma 1 dell'articolo 59 del presente Accordo. Al medico sostituito viene corrisposta la restante

40,05 €

70% di 40,05 € = 28,035 € a paziente

28,035 € x N° assistiti in carico al MMG

365 giorni

+ 0% ⇨ nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre

+ 20% ⇨ nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo

- 20% ⇨ nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre

Al compenso dovuto alla quota capitaria va sommato il compenso di ADI/ADP e PIPP

LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

Il compenso del sostituto PLS

www.fimp.pro



A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
PEDIATRIA (Art 58 lett A)										
Quota capitaria per assistito	83,650	quota giornaliera ad assistito per il sostituto (55%)				→		0,126	quota divisa per 365 giorni	
quota per assistiti 0-6 anni	17,930	quota giornaliera ad assistito 0-6 anni per il sostituto				→		0,027		
incremento quota 0-6 aa da acn 2010: 13,500 + 4,40										
MEDICINA GENERALE (art 59 lett.A) *										
Quota capitaria per assistito	40,05									
TOTALE	40,050	quota per sostituto →		70%	28,035	quota divisa per 365 giorni →		0,077		

* La quota della Medicina Generale prevede solo la quota capitaria dell'ACN 2009 perché l'incremento del 2010 è riservato solo ad assistiti oltre i 75 anni



LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale





LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale





LA CERTIFICAZIONE: costruire consapevolezza di ruolo insieme al giovane professionista che lavora sul territorio e in ospedale

