

FARMACIA PIAZZA LIBERTA' SNC

VIA MONASTERO VECCHIO 45 (VA)  
TEL.0332 313132

PARTITA IVA 02828510129

000590051	EURO
(FARMACO)	9,21
SC(VAL) ART.	-1,31
ID fiscale:	
2019090610270047693A	
-----	
TOT.PROD.DETR:	7.90
-----	
TOTALE EURO	7,90
CONTANTI	7,90
COD.FISC.:	
06/09/19 10:32	SF.38
NF05 80004675	

FARMACIA PIAZZA LIBERTA' SNC

VIA MONASTERO VECCHIO 45 (VA)  
TEL.0332 313132

PARTITA IVA 02828510129

023198029	EURO
(FARMACO)	9,44
034936031	10,20
(FARMACO)	
ID fiscale:	
2019041512070022006A	
-----	
TOT.PROD.DETR:	19.64
-----	
TOTALE EURO	19,64
CONTANTI	19,64
COD.FISC.:	
15/04/19 12:08	SF.51
NF05 80004675	

FARMACIA PIAZZA LIBERTA' SNC

VIA MONASTERO VECCHIO 45 (VA)  
TEL.0332 313132

PARTITA IVA 02828510129

036891051	EURO
(FARMACO)	10,75
SC(VAL) ART.	-0,07
042407066	14,16
(FARMACO)	
SC(VAL) ART.	-0,18
017758018	1,81
(FARMACO)	
SC(VAL) ART.	-0,01
ID fiscale:	
2019082809210046016A	
-----	
TOT.PROD.DETR:	26.46
-----	
TOTALE EURO	26,46
CONTANTI	26,46
COD.FISC.:	
28/08/19 09:30	SF.10
NF05 80004675	



Fondazione Gioventù Nova  
Villa Rovera Molina Onlus  
R.S.A.  
Via Lunga, 57 - 21020 Barasso (Va)  
Tel. 0332 / 747440 Fax 0332 / 743723  
Cod. Fisc. 80001710120

---

## CERTIFICAZIONE ANNO 2019

In conformità alla Deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia XI/1298 del 25 febbraio 2019 'Determinazioni in ordine alla certificazione dei costi di ricovero in unità di offerta socio-sanitaria', e per i fini previsti dalla legge,

### SI DICHIARA

che nell'anno **2019**

il Sig. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

ha versato a titolo di retta per il proprio soggiorno

presso questa struttura la somma complessiva di euro **26.280,00** di cui euro **15.242,40**  
per i costi delle spese mediche e di assistenza specifica ( In riferimento alle modalità di calcolo indicate nella deliberazione della Giunta Regionale Lombarda XI/1298 del 25/02/2019)

Tale dichiarazione è valida per gli usi consentiti dalla legge.

BARASSO, il 27/04/2020

Il Legale Rappresentante

---

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Ovest Milanese

Ospedali: Legnano - Cuggiono - Magenta - Abbiategrasso

STABILIMENTO OSP. DI LEGNANO

# FATTURA

N° Fattura F/2019091812/2	Data Fattura 06/11/2019	Modalita' di Pagamento PAGAMENTO A VISTA	Pag. 1
Cod.Cliente	C.Fiscale	Metodo di Pagamento POS-BANCOMAT	
Assistito: N° Pratica: <b>2019/6978866</b>		Tipo Assistenza: LIBERA PROFESSIONE Convenzione:	

Prestazioni erogate in regime di solvenza.

Descrizione	Q.tà	Prezzo	Importo	C.IVA
CPL897-VISITA CHIRURGICA PLASTICA E DELLA MANO (PRIMA VISITA)	1	150,00	150,00	ART10

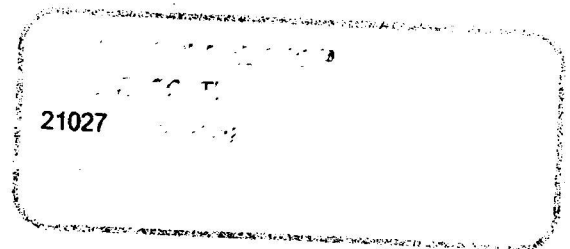
Descrizione IVA	Aliq. %	Imponibile	Imposta
(ART15) ESCL. IVA-ART.15	0	2,00	0,00
(ART10) ES. IVA-ART.10	0	150,00	0,00
Totale IVA			0,00
Imponibile			150,00
Totale Bolli			2,00
Totale documento			152,00

Pagato

Imposta di bollo assolta in modo virtuale autorizzazione Agenzia delle Entrate n. 0020007 del 26/01/2016 U

REGIONE LOMBARDIA  
ASST Ovest Milanese  
Via Papa Giovanni Paolo II C.P. 20025 LEGNANO  
Codice Fiscale e Partita IVA 09319650967

Sede: Via Papa Giovanni Paolo II - C.P. 3 - 20025 Legnano - Tel. 0331 449 111 - Fax 0331 595 275 - Codice Fiscale e Partita IVA 09319650967

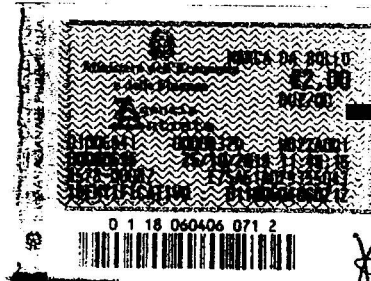


**Fattura n° 1713/2019**  
 mercoledì 13 novembre 2019

C.Fis. cliente :  
 P.Iva cliente :

**Descrizione**

ABLAZIONE TARTARO IGIENE ORALE



	Importo
	€ 80,00
<b>Totale Importo</b>	<b>€ 80,00</b>
<b>Bollo</b>	<b>€ 2,00</b>
<b>Totale Fattura</b>	<b>€ 82,00</b>
<b>Abbuono</b>	<b>€ 2,00</b>
<b>Netto a pagare</b>	<b>€ 80,00</b>

*13/11/2019*  
 STUDIO DENTISTICO  
**Dott. PAOLO BASSANI**  
 Via Banetti, 25 - Tel. 0332.782229  
 21027 ISPRA (Varese)  
 Codice Fiscale BSS PLA 61T13 Z404A  
 Partita IVA 02013050121

*Beni*

REVÉE

REVÉE S.R.L.

CORSO QUINTINO SELLA 131

10132 Torino (TO)

Tel.: 0118981276

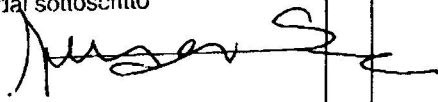
Email: info@reevee.it - Site: www.reevee.it

Partita IVA 10818580010 - Codice Fiscale: 10818580010

SPEZZ. LE

Fattura Elettronica di Vendita

COD. CLE	PARTITA IVA	CODICE FISCALE	TELEFONO	FAX	AGENTE	N° DOCUMENTO	DATA DOCUMENTO	PAG.
001139					Internet	421	14-02-19	1/1
CONDIZIONE DI PAGAMENTO			BANCA D'APPOGGIO					
Contrassegno			IT-02-P-0848720000-000270100291 BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI CHERASCO SCRL					

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	UN	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	SC. %	PREZZO TOTALE	C.I.V.A.
REV.0203.BM	D.D.T. DDT 421 del 14-02-2019 Revée Binder 26 cm tg. M Applicato sconto del 20% perche' gia' cliente	nr	1,00	48,800	20	39,04	022
<p>Spesa sostenuta interamente dal sottoscritto</p> 							

CONTRIBUTO AMBIENTALE CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO

TRASPORTO A CURA DEL		PORTO		ANNOTAZIONE			
Vettore		Assegnato					
TOTALE MERCE		SC. % MERCE	IMPORTO SCONTO	TOTALE NETTO	SPESA TRASPORTO	SPESA IMBALLO	SPESA VARIE
48,80			9,76	39,04			
C.I.V.A.	IMPORTIBILE	IMPOSTA	AGENDA CODICI		SPESA ART. 15	ACCONTO	
022	39,04	8,59	[022] IVA 22%		ABBUONO	OMAGGIO	
TOTALE IMPORTIBILE		TOTALE IVA	TOTALE ESENTE	NETTO A PAGARE	TOTALE FATTURA		
39,04		8,59		EUR 47,63	EUR 47,63		
SCADENZE							

SCADENZA

14-02-19 Con

47,63

18/2/19

Dott. INNOCENTE MARINI  
MEDICO CHIRURGO  
Via G. Garibaldi, 80 - Tel. 0331 203059  
21012 CASSANO MAGNAGO (VA)  
Cod. 09500

*Certifico che  
non e' necessario di forza  
addizionale per vostro  
copersale -*

*Me*

1900 (VA)

Electronica di Vendita  
DOCUMENTO / DATA DOCUMENTI  
421 / 14-02-19

OPERATIVO DI CHERASCO  
VALORE SC.MA PREZZO TOTALE  
300 20 39,04

TRASPORTO A CURA DEL		PORTO		CONTRIBUTO AMBIENTALE CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO			
Vettore		Assegnato		ANNOTAZIONE			
TUTALE MERCE		SC.MA MERCE		IMPORTO SCONTO		TUTALE NETTO	
48,80				9,76		39,04	
TUTALE IMPOSTIBILE		IMPOSTA		8,59		[022] IVA 22%	
39,04							
TUTALE IMPOSTIBILE		TUTALE IVA		TUTALE ESISTE		NETTO A PAGARE	
39,04				8,59		EUR 47,63	
02-19 Con						TUTALE FATTURA	



3

## DICHIARAZIONE CE DI CONFORMITÀ

(Allegato VII Direttiva 93/42/CEE e smi)

La società **REVEE S.r.l.**  
con sede in **Corso Quintino Sella, n° 131**  
**10032 Torino**

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL PRODOTTO

### Dispositivo medico in classe I

<i>Nome</i>	<b>REVEE BINDER</b>
<i>Tipo o numero del modello</i>	<b>REV.0203,REV.0204,REV.0205 REV.0206</b>
<i>Numero di lotto</i>	

**È CONFORME A TUTTE LE DISPOSIZIONI PERTINENTI LA DIRETTIVA:**

- **93/42/CEE e smi DISPOSITIVI MEDICI**

CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE SEGUENTI DISPOSIZIONI TECNICHE:

EN 14971:2012; Dispositivi medici - Applicazione della gestione dei rischi ai dispositivi medici

EN 1041:2008; Informazioni fornite dal fabbricante con i dispositivi medici.

EN 980:2008; Simboli grafici, utilizzati per l'etichettatura dei dispositivi medici.

La presente dichiarazione viene rilasciata sotto la totale responsabilità del fabbricante e/o del suo rappresentante autorizzato.

**REVEE srl**

C.so Quintino Sella 131, 10131 Torino  
mail: [info@reevee.it](mailto:info@reevee.it) | tel: 011 898 12 76

P.IVA 10818580010



Fattura

LPIN - 2019

n. 34656

Del: 11/12/2019

Cod.Fisc.:

P.Iva:

**Prestazioni sanitarie specialistiche erogate in regime di Libera Professione**

da 01905L LP\_DIABETOLOGIA/ROMANO Cristina

a

in data 12/12/2019

Descrizione	Importo unitario	Q.tà	Importo totale
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA	120,00	1	120,00
Totale prestazioni			120,00
Bollo			2,00
Totale Fattura Euro			122,00

S.E. &amp; O.

Imposta di bollo assolta in modo virtuale Autorizzazione 2016/7366 del 22.01.2016 Agenzia delle Entrate - Varese

Esente I.V.A. ai sensi dell'art. 10 c. 18 del D.P.R. 633/72



Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi

Direzione e sede viale Borri 57 21100 Varese - www.asst-settelaghi.it

P.Iva e C.F. 03510050127

Per info: Sistemi di Accesso, Convenzioni e Libera Professione  
tel. 0332 278.078 e-mail: libera.professione@ospedale.varese.it

Iscritto: **PANT58 - PANTANO ANTONIO**

Pagina: 1 di 1

Oggetto: **Rimborso spese odontoiatriche - richiesta numero 4552368**

Numero Protocollo: **201906025832**

**Dettaglio liquidazione**

N. Fattura	Data Fattura	Importo Fattura	Prestazioni	Importo Liquidato	Note
5	07/01/2019	1.652,00	Odontoiatria	465,00	
89	19/03/2019	2.102,00	Odontoiatria	840,00	
<b>Totale</b>		<b>3.754,00</b>		<b>1.305,00</b>	

**Studio Dentistico**  
**Dott.ssa Airoidi Laura**  
**Medico Chirurgo Odontoiatra**  
**Via Garibaldi n. 12**  
**21025 Comerio (VA)**  
**Tel / Fax 0332.746102**  
**Partita IVA 01699190128**

**Ricevuta N. 89 del 19/03/2019**

Perno moncone su impianto	38 35	€ 500,00
Corona in zirconio	36 35	€ 1.600,00
	<b>Totale</b>	<b>€ 2.100,00</b>

Totale prestazioni	€ 2.100,00
Acconti già versati	€ 0,00
<b>Totale</b>	<b>€ 2.100,00</b>
Bolli	€ 2,00

**Totale Ricevuta** **€ 2.102,00**

**Elenco Ricevute di Acconto versate in precedenza**

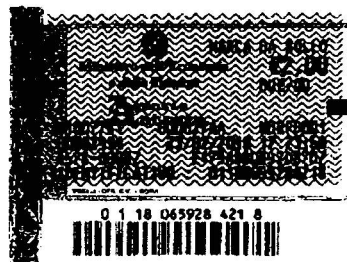
**Totale** € 0,00

La presente ricevuta sanitaria riporta il dettaglio delle prestazioni, per precisa richiesta del Paziente, in osservanza del D.L. GS. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali.

**Firma del Paziente**

\_\_\_\_\_

**Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1, N. 18 del D.P.R. 633 / 1972 e succ. modif.**



**Studio Dentistico**  
Dott.ssa Airoidi Laura  
Medico Chirurgo Odontoiatra  
Via Garibaldi n. 12  
21025 Comerio (VA)  
Tel / Fax 0332.746102  
Partita IVA 01699190128

Ricevuta N. 5 del 07/01/2019

Impianto	36-35	€ 1.800,00
ortopantomografia completa arcata superiore e inferiore	00-T	€ 50,00
Totale		€ 1.850,00

Totale prestazioni	€ 1.850,00
Acconti già versati	€ 0,00
Totale	€ 1.850,00
Bolli	€ 2,00
Totale Ricevuta	<u>€ 1.852,00</u>

Elenco Ricevute di Acconto versate in precedenza

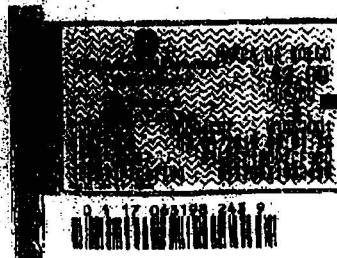
Totale € 0,00

La presente ricevuta sanitaria riporta il dettaglio delle prestazioni, per precisa richiesta del Paziente, in osservanza del D.L. GS. 196/2003 sulla riservatezza dei dati personali.

Firma del Paziente

\_\_\_\_\_

Esente IVA ai sensi dell'art. 10 comma 1, N. 18 del D.P.R. 633 / 1972 e succ. modif.





**Pubblica Assistenza SOS del Seprio Organizzazione di Volontariato**

Via Cantaluppi, 3 - 21040 Carnago (VA) - Casella Postale 59

Tel. 0331 987672 - Fax 0331 984784

CF 02178020125

www.sosdelseprio.it - E-mail: segreteria@sosdelseprio.it



E3

Intestatario

VIA  
21040

(VA)

Tipo documento		Data documento	
Rimborso		31/10/2019	
Rimessa diretta		BANCA INTESA SANPAOLO	
Cod. cliente		IT97U0306909606100000121188	
04768			
Partita IVA		Codice fiscale	
		Pagina	
		1	
DESCRIZIONE		QTA	U.M.
		PREZZO UN	TOTALE

Rimborso spese da noi sostenute per servizio trasporto sanitario secondario  
del 08/10/2019 (F.V. 65511)

1 NR

130,00 €

130,00 €

**PAGATO**

**08 SET 2019**

Operazione non soggetta ad I.V.A. ai sensi dell'art. 8, 2° comma, legge 266/91 Esente da bollo ai sensi dell'art. 8, 1° comma, legge 266/91	Totale documento <b>130,00 €</b>
--	-------------------------------------

Iscrizione REA n° 325278 - Isc. Reg. Pers. Giur. Priv. 2399  
Iscritta al Registro Regionale del Volontariato DPGR n° 1467 del 12/03/1999

# MILLCAR

CONCESSIONARIA SUZUKI



Unità locale:  
Via Sanzio Silvestro, 32  
21100 Varese

Sede:  
Via Gallarate, 70  
21045 Gazzada (VA)  
Tel. 0332870820 Fax. 0332463445

## Fattura

Numero: 005238A Del: 21/03/2019 Pag.: 1

Intestatario:

Gentilissima Signora,

Condizione pagamento

RICEVIMENTO FATTURA

Banca di appoggio

Nostro Riferimento

MA3EWB72S00632504 105AR

Vostro Riferimento

GRAMAGLIA

Codice cliente

16310

Cod. Identificativo

PEC

Annotazioni

Partita IVA cliente

Codice fiscale cliente

RUOTINO

Telefono

Altro Telefono

+393473048719

Fax

Articolo	Descrizione	UM	Q.tà	Prezzo	Sc.	Imponibile	IVA	CPartita
IMCTC	ANTICIPAZIONI IMCTC E PRA RELATIVE A IMMATR.	NR	1,00	117,04		117,04	ES15	33125201
PFU	CONTRIBUTO AMBIENTALE PER IL RECUPERO DEI PNEUMATICI FUORI USO AI SENSI DELL'ART. 7 del DM 11 aprile 2011, n. 82	NR	1,00	5,17		5,17	4	32121334
SCONTO	SCONTO INCONDIZIONATO	NR	1,00	-3.846,15		-3.846,15	4	33125201
BA12H5BTW....26U	BALENO 1.2 HYBRID B-TOP 5P BIANCO COMPLETA DI RUOTINO COMPLETA DI: NESSA IN STRADA, PORTABOLLO, PORTALIBRETTO, PORTACHIAVI, PORTATARGHE, SERIE TAPPETINI, KIT CORTESIA, LA BATTERIA AL PIOMBO CONTENUTA NELL'AUTOVEICOLO E' STATA ASSOGGETTATA AL SOVRAPPREZZO DI EURO 0,58 DI CUI D.M. 23/1/91 MARCA DA BOLLO SULL'ORIGINALE.	NR	1,00	15.459,21		15.459,21	4	33125201
Scadenza:		Euro 12.200,00 al 21/03/2019						

IVA	Descrizione	Imponibile	Imposta	Imponibile + Imposta
ES15	Non imponibile art. 15 D.P.R. 633/72 e	117,04	0,00	117,04
4	I.V.A. 4%	11.618,23	464,73	12.082,96
Spese bolli		0,00		
Spese incasso		0,00		
Spese spedizione / imballo		0,00		
Altre spese		0,00		
Totale netto merce		16.469,21	Totale netto servizi	
			Ulteriori sconti	
			0,00	
Totale imponibile		11.735,27	Totale imposta	
			464,73	
			Acconti	
			0,00	
			Euro	
			12.200,00	

Informazioni sul sistema di pagamento: la presente fattura è emessa in base al contratto di vendita n. 005238A del 21/03/2019, registrato al Tribunale di Varese il 23/03/2019. Il presente documento è valido ai fini fiscali e contabili. I dati riportati sono stati verificati e sono corretti. La presente fattura è emessa in base al contratto di vendita n. 005238A del 21/03/2019, registrato al Tribunale di Varese il 23/03/2019. Il presente documento è valido ai fini fiscali e contabili. I dati riportati sono stati verificati e sono corretti. La presente fattura è emessa in base al contratto di vendita n. 005238A del 21/03/2019, registrato al Tribunale di Varese il 23/03/2019. Il presente documento è valido ai fini fiscali e contabili. I dati riportati sono stati verificati e sono corretti.

Cod. Fisc. e Partita IVA: 01212400129 C.C.I.A.A. VA 163524 Reg. Imprese Varese 01212400129 Capitale Sociale € 41.600,00  
Sito Web: <http://www.milicar.it> email: [info@milicar.it](mailto:info@milicar.it) - PEC: [fatturemilicar@pec.milicar.it](mailto:fatturemilicar@pec.milicar.it)

**ASL**

INVALIDO / LEGGE 68 / LEGGE 104  
VIA O.ROSSI, 9 21100  
VARESE - VA - LOMBARDIA

**COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO DELL'HANDICAP**  
(Legge del 5 febbraio del 1992 n. 104 - Legge 3 agosto 2009 n. 102 art. 20)

**Data visita:** 31/1/2018 **Data definizione:** 31/1/2018 **Tipo accertamento:** Ambulatoriale /primo accertamento

**Data domanda:** 2/10/2017 **N. Domanda:** 3930758002146 **Tipo domanda:** L.104/92

**C.F.:**

**Data di nascita:** 20/7/1999 **Luogo di nascita:** VARESE (VA) **Stato civile:** Celibe/Nubile

**Residenza:** 21020-DAVERIO (VA)

**Documento di riconoscimento:** ( ) Comune

**Attività lavorativa:** Altro

**Dati anamnestici:** PZ GIA RICONOSCIUTA INVALIDA CON 100% +IA PER RITARDO INTELLETTIVO MEDIO GRAVE, DISFASIA EVOLUTIVA E DISTURBO DELLO SVILUPPO EMOTIVO.

**Esame obiettivo:**

**Accertamenti disposti:**

**Documentazione acquisita:**

**Parere dell'esperto:**

**Diagnosi:**

RITARDO MENTALE MEDIO GRAVE, DISFASIA EVOLUTIVA E DISTURBO DELLO SVILUPPO EMOTIVO

**Codice ICD9**

**Diagnosi funzionale:**

Al sensi dell'art. 4 della legge 05 febbraio 1992 n.104, la Commissione Medica riconosce l'interessato:  
**PORTATORE DI HANDICAP IN SITUAZIONE DI GRAVITA' (COMMA 3 ART.3)**

**L'interessato:**

- è invalido con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta (art. 381 del DPR 495/1992)
- è invalido con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetto da pluriamputazioni (art. 30, comma 7 della legge 388/2000)
- è portatore di handicap con ridotte o impedito capacità motorie permanenti (art. 8 della legge n. 449/1997)

**REVISIONE: NO**

---

**Presidente: DR.SSA EMANUELA BOSCHI**  
**Componente: DR.SSA GIUSEPPA CASCIANA**  
**Operatore Sociale: PAOLA BIASSONI**  
**Medico di Categoria: DR.SSA ELENA VIOTTI**

Firme autografe sostituite a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

**UOC/UOS TERRITORIALE INPS 8700 - CML di VARESE**  
**DATA 14/2/2018, RESPONSABILE UOC/UOS O SUO DELEGATO : ALESSANDRA ROCCO**  
**SI APPROVA AI SENSI DELL'ART.20 COMMA.1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2009 N. 102**

# AUTOCERTIFICAZIONE RETRIBUZIONI ASSISTENZA DOMICILIARE

Io sottoscritto PIRELLA GIOVANNI nato il 14/11/1963  
a NOLEDIA codice fiscale VRNNN165542140G

in qualità di addetto all'assistenza domiciliare per il

Sig. PIRELLA GIOVANNI

Codice fiscale BRNRST35P46A290U

## DICHIARO

Di aver percepito nel 2019 la somma di € 3939,84  
dal soggetto medesimo.

ovvero

Di aver percepito la somma di € \_\_\_\_\_ dal

Sig. \_\_\_\_\_ Cod.fisc. \_\_\_\_\_


in quanto \_\_\_\_\_ (Indicare il grado di parentela) dell'assistito.




Io sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso corrisponde alla verità e che le notizie fornite sono complete e veritiere e mi impegno a comunicare tempestivamente a questo ente le variazioni della propria situazione reddituale. Dichiaro altresì di essere a conoscenza che i dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 da parte della Guardia di Finanza, e confronti con i dati reddituali e patrimoniali del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

Data 25/02/2020

Firma PIRELLA GIOVANNI

Si allega carta identità

Cognome		
Nome		
nato il		
(atto a. S. )		
a. C. S. )		
Cittadinanza		Firma del titolare <i>[Signature]</i> Incaricato <i>[Signature]</i> 
Residenza		
Via	VIA	
Stato civile		
Professione		
CONNOTATI	CONNOTATI SALIENTI	
Statura		
Capelli		
Occhi		
Segni particolari		

SCADUTA IL 1928 NON VALTE PER ESPATRIO	
CONNOTATI ANGIERA (CA)	CARTA D'IDENTITA
N°	DI
	

Centro      VARESE, VA  
Medico  
Legale di

**VERBALE DI ACCERTAMENTO  
DELL'INVALIDITA' CIVILE, DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'  
(ai sensi dell'art. 20 della Legge 3 agosto 2009 n. 102)**

**Data accertamento:** 11/2/2019 **Data definizione:** 11/2/2019 **Tipo accertamento su atti**  
**Data domanda:** 24/9/2018 **N. Domanda:** 3930793709919 **Tipo domanda:** Invalidita' Civile  
**C.F.:** \_\_\_\_\_  
**Data di nascita:** \_\_\_\_\_ **Luogo di nascita:** ANGERA (VA) **Stato civile:** \_\_\_\_\_  
**Residenza:** \_\_\_\_\_, 53 21021 ANGERA (VA)

**Documentazione acquisita:**

Verbale redatto dalla CMI di: VARESE - VA - LOMBARDIA in data 29/1/2019.  
OMISSIS

**Altra documentazione sanitaria:** OMISSIS

**Diagnosi CML:** OMISSIS

**Codice DM 5/2/92**  
OMISSIS

**Codice ICD9**  
OMISSIS

**Valutazione proposta dal CML:**

INVALIDO ultrasessantacinquenne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (L.508/88)

**Data decorrenza:** 24/9/2018

**Ricorrono le previsioni di cui:**  
-all'art. 381 del DPR 495/1992

**Disabilita' rilevate:** OMISSIS

**ESONERO DA FUTURE VISITE DI REVISIONE PER APPLICAZIONE DEL DM 2/8/2007:** NO

**REVISIONE:** NO

Responsabile CML o suo delegato: Dr. ALESSANDRA ROCCO

Firme autografe sostituite a mezzo stampa ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.lgs. n.39 del 1993

VERBALE DEFINITIVO AI SENSI DELL'ART.20 COMMA 1 DELLA LEGGE 3 AGOSTO 2009 N. 102