



Estratto conto

BROGLIO MONTANI MARIO BRGMRA37T09H501R

nato a ROMA (RM) il 09/12/1937

Legenda

- Copertura annuale **non determinabile per anni precedenti al 1975**
- Copertura annuale **totale**
- Copertura annuale **parziale**
- Copertura annuale **mancante**
- Copertura annuale **determinata con sovrapposizione di periodi contributivi**

60	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Segnalazioni

Titolare di pensione cat. VO/ART (VECCHIAIA DEGLI ARTIGIANI) Certif. n. 33037322 erogata da:
INPS - IST. NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE

Periodo		Tipo di Contribuzione	Contributi utili pensione		Retribuzione o reddito		Azienda	Note
Dal	Al		al diritto	al calcolo	Lire	Euro		
2/1960	31/12/1964	Lavoro dipendente	sett.	255	255.0	non indicato	non indicato	
01/01/1965	31/05/1967	Lavoro dipendente	sett.	126	126.0	non indicato	non indicato	
01/06/1967	31/12/1969	Lavoro dipendente	sett.	135	135.0	non indicato	non indicato	
01/01/1970	31/12/1970	Lavoro dipendente	sett.	52	52.0	non indicato	non indicato	
01/01/1971	31/12/1971	Lavoro dipendente	sett.	52	52.0	non indicato	non indicato	
01/01/1972	31/12/1972	Lavoro dipendente	sett.	53	53.0	non indicato	non indicato	
01/01/1973	31/12/1973	Lavoro dipendente	sett.	52	52.0	non indicato	non indicato	
01/01/1974	28/06/1974	Lavoro dipendente	sett.	26	26.0	3.783.000	1.953,75	8100808041
8/1974	31/12/1974	Titolare di impresa COM.	mesi	5	5.0	106.000	54,74	24100620UN
01/01/1975	31/12/1975	Titolare di impresa COM.	mesi	12	12.0	604.000	311,93	24100620UN
01/01/1976	31/12/1976	Titolare di impresa COM.	mesi	12	12.0	728.000	375,98	24100620UN
01/01/1977	30/09/1977	Titolare di impresa COM.	mesi	9	9.0	623.000	321,75	24100620UN
1/1977	31/12/1977	Titolare di impresa ART.	mesi	2	2.0	138.000	71,27	11147270TR
01/01/1978	31/12/1978	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	993.000	512,84	11147270TR
01/01/1979	31/12/1979	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	2.420.000	1.249,82	11147270TR
01/01/1980	31/12/1980	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	3.606.000	1.862,34	11147270TR
01/01/1981	31/12/1981	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	5.293.000	2.733,60	11147270TR
01/01/1982	31/12/1982	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	5.430.000	2.804,36	11147270TR
01/01/1983	31/12/1983	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	8.826.000	4.558,24	11147270TR
01/01/1984	31/12/1984	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	14.099.000	7.281,52	11147270TR
01/01/1985	31/12/1985	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	14.858.000	7.673,51	11147270TR
01/01/1986	31/12/1986	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	18.351.000	9.477,50	11147270TR
01/01/1987	31/12/1987	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	23.356.000	12.062,36	11147270TR
01/01/1988	31/12/1988	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	19.637.000	10.141,66	11147270TR
01/01/1989	31/12/1989	Titolare di impresa ART.	mesi	12	12.0	18.740.000	9.678,40	11147270TR
01/01/1990	30/06/1990	Titolare di impresa ART.	mesi	6	6.0	6.152.000	3.177,24	11147270TR
01/07/1990	31/12/1990	Titolare di impresa ART.	mesi	6	6.0	7.180.000	3.708,16	11147270TR

RIEPILOGO

Dati Soggetto
Cognome: BROGLIO MONTANI

Nome: MARIO

Data Nascita: 09/12/1937 **CF:** BRGMRA37T09H501R

**Estratto Conto
Previdenziale**

 BROGLIO MONTANI MARIO
 nato a ROMA (RM)
 il 09/12/1937
 Codice fiscale BRGMRA37T09H501R
 residente in CALLE BROWN 1410 P2/D
 02660 ARGE (RA)

Estratto Conto Previdenziale: estratto contributivo

Periodo		Tipo di contribuzione	Contributi utili pensione		Retribuzione o Reddito		Azienda	Note
Dal	Al		al diritto	al calcolo	Lire	Euro		
01/02/1950	31/12/1954	Lavoro dipendente	set. 255	255,000			#100808041 ING.C.OLIVETTI S.C.S.p.A. Sup. mensile 630.500 = contributo firm.	
01/01/1955	31/05/1957	Lavoro dipendente	set. 126	126,000				
01/05/1957	31/12/1959	Lavoro dipendente	set. 135	135,000				
01/01/1970	31/12/1970	Lavoro dipendente	set. 52	52,000				
01/01/1971	31/12/1971	Lavoro dipendente	set. 52	52,000				
01/01/1972	31/12/1972	Lavoro dipendente	set. 53	53,000				
01/01/1973	31/12/1973	Lavoro dipendente	set. 52	52,000				
01/01/1974	28/06/1974	Lavoro dipendente	set. 26	26,000	3.793.000	1.953,75		
IL COSTO, SALATISSIMO, DEL RIPRISTO AL CONSOLIDATO SISTEMA OLIVETTI DELLE 3 CARTE.					IN BARBA ALLA PROFESSIONALITÀ ED ALLE NORME DEL LIBERO MERCATO			
01/08/1974	31/12/1974	Titolare di impresa COM.	mesi 5	5,000	106.000	54,74		
01/01/1975	31/12/1975	Titolare di impresa COM.	mesi 12	12,000	604.000	311,93		
01/01/1976	31/12/1976	Titolare di impresa COM.	mesi 12	12,000	728.000	375,98		
01/01/1977	30/09/1977	Titolare di impresa COM.	mesi 9	9,000	623.000	321,75		
01/08/1974	30/09/1977	Titolare di impresa INCORRUTTABILE	mesi 38	TRENTOTTO	REDDITO TOTALE L. 2.061.000	REDDITO MEIO MENSILE L. 54.237		OK
01/11/1977	31/12/1977	Titolare di impresa ART.	mesi 2	2,000	138.000	71,27	11147270TR	
01/01/1978	31/12/1978	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	993.000	512,84	11147270TR	
01/01/1979	31/12/1979	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	2.420.000	1.249,82	11147270TR	
01/01/1980	31/12/1980	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	3.606.000	1.862,34	11147270TR	
01/01/1981	31/12/1981	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	5.293.000	2.733,60	11147270TR	
01/01/1982	31/12/1982	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	5.430.000	2.804,36	11147270TR	
01/01/1983	31/12/1983	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	8.826.000	4.558,24	11147270TR	
01/01/1984	31/12/1984	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	14.099.000	7.281,52	11147270TR	
01/01/1985	31/12/1985	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	14.858.000	7.673,51	11147270TR	
01/01/1986	31/12/1986	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	18.351.000	9.477,50	11147270TR	
01/01/1987	31/12/1987	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	23.356.000	12.062,36	11147270TR	
01/01/1988	31/12/1988	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	19.637.000	10.141,66	11147270TR	
01/01/1989	31/12/1989	Titolare di impresa ART.	mesi 12	12,000	18.740.000	9.678,40	11147270TR	
01/01/1990	30/06/1990	Titolare di impresa ART.	mesi 6	6,000	6.152.000	3.177,24	11147270TR	
01/07/1990	31/12/1990	Titolare di impresa ART.	mesi 6	6,000	7.190.000	3.708,16	11147270TR	

Estratto Conto Previdenziale: aziende

Descrizione aziende:

 11147270TR: BROGLIO MONTANI MARIO
 24100620UN: BROGLIO MONTANI MARIO
 #100808041: S.P.A. ING.C.OLIVETTI & C.

Estratto Conto Previdenziale: avvertenze

Avvertenze

 Il presente estratto conto elenca i periodi contributivi utili alla pensione registrati attualmente negli archivi dell'Inps; se ha bisogno di verificare il raggiungimento dei requisiti per la pensione deve comunque rivolgersi agli uffici dell'Inps o ad un Ente di patronato.
 In questo estratto conto:

- Quando per uno stesso anno esistono periodi contributivi che si sovrappongono, il numero dei contributi utili si somma solo per i periodi che non coincidono.
- I contributi figurativi per malattia e infortunio sono riconoscibili nel limite di 52 settimane per i casi di malattia e infortunio verificatisi fino al 31.12.1996. Dal 1997 possono essere riconosciute ulteriori 9 settimane ogni 3 anni, fino ad un massimo di 96 settimane.

Estratto Conto Previdenziale: segnalazioni

Segnalazioni personalizzate e/o pratiche in corso

- Titolare di pensione cat. VI/ART (VECCHIAIA DEGLI ARTIGIANI) Certif. n. 33037322 erogata da: INPS - IST. NAZIONALE PREVIDENZA SOCIALE

ED ECCO IL PREMIO CHE LA REPUBBLICA ITALIANA, DAL 2006 INDEGNAMENTE RAPPRESENTATA DAL "BERIA GIORGIO NAPOLITANO", RISERVA A CHI, PUR DI NON SCENDERE A COMPROMESSI CON LA PROPRIA COSCIENZA, HA SACRIFICATO METÀ DELLA SUA VITA (37 LUNGHISSIMI ANNI...FETENTISSIMO NAPOLITANO) CON DUE SERI TENTATI SUICIDI, SEGUITI DA QUASI 8 ANNI DI INTERNAMENTO IN STRUTTURE SANITARIE.....

↓

A.S.L. BA/5
CENTRO SALUTE MENTALE

Via Sott.te G. Pugliese, 37 - 70017 Putignano (Bari)
Tel 0804050525 - Fax 0804050521

Prot. 279/06

Putignano; 07/08/2006

Il signor BROGLIO MONTANI Mario, nato a Roma il 09/12/1937 è divenuto utente del nostro C.S.M. nel 1994 epoca in cui la sintomatologia psichiatrica è emersa con una esplosione depressiva con intenti autosoppressivi conseguenti allo sfratto dalla propria abitazione di Putignano divenuto ormai improrogabilmente esecutivo. Ne conseguì un intervento combinato tra il Comune di Putignano che ne dispose l'immediato inserimento presso la locale Casa di Riposo e il nostro C.S.M. che si prese carico degli aspetti sanitari relativi al trattamento farmacologico e psicoterapico con colloqui di sostegno per fronteggiare il grave stato depressivo in cui versava il signor Broglio.

Fu prescritta subito la seguente terapia:

DUMIROX 50 mg - 2 cp la sera,
EN GOCCE - X gtt x3 volte al giorno,
integrata poi con l'aggiunta di
DALMADORM - 15 mg - 1 cpr la sera.

Ne conseguì un miglioramento clinico con una certa ripresa degli interessi lavorativi dell'assistito. L'inserimento presso la Casa di Riposo proseguì essendo indispensabile per mantenere l'equilibrio psichico raggiunto su questa unica certezza. Intorno al signor Broglio, infatti, tutto era franato: le relazioni familiari erano ormai pressoché inesistenti, le difficoltà lavorative erano esitate in recenti esperienze di fallimenti; a minare ulteriormente la serenità del signor Broglio si erano aggiunte sfortunate e complesse vicende giudiziarie. La permanenza nella Casa di Riposo s'interruppe nel marzo 1998 quando l'interessato si trasferì a Roma presso la sorella anziana che gli offrì ospitalità in cambio dell'assistenza che le era necessaria. Nel febbraio 2000, in seguito al decesso dell'anziana, il signor Broglio ha dovuto lasciare quella dimora per incompatibilità con le nipoti che lo hanno sostanzialmente "cacciato". Gli è stata allora offerta ospitalità da una anziana cugina a Campobasso che successivamente, per subentrati gravi problemi fisici, non ha potuto più ospitarlo. Angosciato dal susseguirsi di vicissitudini negative il signor Broglio ha tentato seriamente di togliersi la vita nel settembre 2000. Rintracciato e salvato "in extremis", fu ricoverato presso un reparto psichiatrico. In condizioni di "grave depressione reattiva" fu poi inserito in una casa alloggio a Putignano per consentirgli di stare in una sede dove già possedeva dei riferimenti terapeutici e dove per i precedenti lavorativi già avuti, sarebbe stato più facile ripartire con una nuova attività lavorativa. All'ingresso in questa

Casa alloggio assumeva la seguente terapia:

RISPERDAL - 2 mg. - cpr - 1 cp per due volte al giorno (colazione e pranzo),
TRANQUIRIT GTT - 5 gtt per due volte al giorno (colazione e pranzo),
LARGACTIL 100 mg - cpr - ½ cpr la sera,
TAVOR 2.5 mg - cpr - 1 cpr la sera,
EDRONAX 4 mg - cpr - ½ cpr al mattino,
CONVERSIL cpr - ½ cpr al mattino.

Nel luglio 2003, in condizioni di sufficiente benessere psichico, fu dimesso dalla casa alloggio e andò a vivere da solo in un'abitazione di Putignano. Alla dimissione dalla Casa alloggio, in condizione di sufficiente compenso clinico assumeva la seguente terapia:

LEXOTAN gocce - 15+15+25,
TOPAMAX - 25 mg - cpr - 1x3,
CONVERSIL 4 mg - cpr - 1 cpr al mattino,
RISPERDAL 1 mg - cpr - 1 cp la sera.

Si rilascia il presente certificato-relazione all'interessato, per gli usi consentiti dalla legge.

A.S.L. BA/5 Putignano
072941 - Via Sott.te G. Pugliese, 37 - 70017 Putignano (Bari)
Dr. *M. M.*

A. U. S. L. BA/5 - PUTIGNANO
3721 Dipartimento Salute Mentale
Dr.ssa B. M. CUSCIANNA
Aiuto Psichiatra

B. M. Cusciana

DAL 29 NOVEMBRE 1995 AL 1 LUGLIO 1998

05-01-04 08:23 080403/023

SERVIZI E TERRITORIO - 70004034902 000

1 09

ST

Servizi e Territorio S.p.A.
 C.da San P. Piumo c/o C.R. D.G. Romanazzi Carducci
 70017 Putignano - tel. 080-4057623

Prot. N 98/06


ATTESTAZIONE

Dagli atti di archivio esistenti presso la scrivente società si attesta che il signor Broglio Montani Mario è stato ospite della Casa di Riposo "donna Giulia Romanazzi Carducci" di Putignano dal 29/11/1995 al 01/02/1998.

La diagnosi e la terapia di trattamento dell'ospite non è a noi nota in quanto lo stesso è stato in cura e seguito direttamente dal Centro Igiene Mentale della AUSL BA/5 di Putignano.

Putignano 08/08/2006

Il Presidente del CdA
 Colucci Giuseppe



COMUNITA' INCONTRI S.R.L.
VIALE FEDERICO II° N.49 - 70017 - PUTIGNANO (BA)
TEL.080/4055506 - FAX 080/4935072
Codice Fiscale e P.Iva 05276760724

La sottoscritta Camposeo Maria, in qualità di amministratore unico della Società INCONTRI S.r.l.,
esercitante attività di assistenza socio-sanitaria in Putignano (Ba) al V.le Federico II° n.49,

attesta

che il Sig. Broglio Montani Mario nato a Roma il 09/12/1937 e residente in Buenos Aires
(Argentina), a far data dal 16/01/2001 e fino al 01/07/2003 è stato ospite presso la Ns. Comunità sita
in Putignano al V.le Federico II° n.49 con la seguente diagnosi: "Disturbo bipolare I".

Alle sue dimissioni la sua terapia era la seguente:

Lexotan gocce (15 gtt. mattina e pomeriggio e 25 gtt. la sera)
Topamax 25 cpr. (1 cpr. per tre volte al dì)
Conversyl 4 mg. (1 cpr. la mattina)
Risperdal 2 mg. (1/2 cpr. la sera)

Si rilascia per gli usi consentiti dalla Legge.

Putignano, 20/05/2005

INCONTRI Srl
Amministratore Unico
Dott.ssa Maria CAMPOSEO

COMMISSIONE DI PRIMA ISTANZA

PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITÀ CIVILE
DELLE CONDIZIONI VISIVE E DEL SORDOMUTISMO (Legge n. 295/90)

di Putignano prov. Bari

REVISIONE EFFETTUATA:

- 01 - con nuova visita medica
 - 02 - su documentazione precedente
- accertamento del

1 USL <u>BA/5</u> N. <u>0500</u> Commissione N. <u> </u>																																									
2 DATA SEDUTA <u>061201</u>	3 DATA PRESENTAZIONE DOMANDA <u>040701</u>																																								
4 N. DI PRATICA <u>0156901</u>																																									
5 SESSO <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>F</u> <input type="checkbox"/>																																									
6 MOTIVO PRESENTAZIONE DOMANDA																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Lavoro (collocamento, variazione, ecc.)</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pensione</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Assegno di accompagnamento (- 18 a.)</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Indennità di accompagnamento</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Protesi e ausili</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Altro</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Lavoro (collocamento, variazione, ecc.)	<input type="checkbox"/>	Pensione	<input type="checkbox"/>	Assegno di accompagnamento (- 18 a.)	<input type="checkbox"/>	Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/>	Protesi e ausili	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>																												
Lavoro (collocamento, variazione, ecc.)	<input type="checkbox"/>																																								
Pensione	<input type="checkbox"/>																																								
Assegno di accompagnamento (- 18 a.)	<input type="checkbox"/>																																								
Indennità di accompagnamento	<input type="checkbox"/>																																								
Protesi e ausili	<input type="checkbox"/>																																								
Altro	<input type="checkbox"/>																																								
7 Data di nascita <u>0912937</u>																																									
8 Codice residenza <u>0090350</u>																																									
9 STATO CIVILE																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Non coniugato</td> <td>Coniugato</td> <td>Ve-dovo</td> <td>Divorziato</td> <td>Altro</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Non coniugato	Coniugato	Ve-dovo	Divorziato	Altro	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Non coniugato	Coniugato	Ve-dovo	Divorziato	Altro																																					
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
10 CONDIZIONE PROFESSIONALE O NON PROFESSIONALE																																									
<u>DIPENDENTE</u>																																									
11 TIPO DI ACCERTAMENTO																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Ambulatoriale</td><td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Domiciliare</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Ambulatoriale	<input checked="" type="checkbox"/>	Domiciliare	<input type="checkbox"/>																																				
Ambulatoriale	<input checked="" type="checkbox"/>																																								
Domiciliare	<input type="checkbox"/>																																								
12 Primo accertamento																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Accertamento successivo per</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>revisione d'ufficio</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>aggravamento</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>riduzione</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>altro</td><td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>		Accertamento successivo per	<input type="checkbox"/>	revisione d'ufficio	<input type="checkbox"/>	aggravamento	<input type="checkbox"/>	riduzione	<input type="checkbox"/>	altro	<input type="checkbox"/>																														
Accertamento successivo per	<input type="checkbox"/>																																								
revisione d'ufficio	<input type="checkbox"/>																																								
aggravamento	<input type="checkbox"/>																																								
riduzione	<input type="checkbox"/>																																								
altro	<input type="checkbox"/>																																								
<p>Anamnesi: <u>Affetto da disturbo depressivo maggiore ed andamento recidivante. Ricoverato nel settembre 2000 per ricovero depressivo in psich. col disturbo delirante. Silenzi di prosecuzione depressiva del tono dell'umore, t. 2 nel 1994. In trattamento farmacologico cronico e ripetute dal S.M. trattamenti completati.</u></p> <p>Accertamenti disposti: <u>logico cronico e ripetute dal S.M. trattamenti completati.</u></p> <p>Documentazione acquisita: <u>Cartella clinica normale del 28.9.2000 e del 30.11.00</u></p>																																									
14 LA COMMISSIONE HA ACCERTATO:																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Assenza di patologia</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competenza)</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Patologia di competenza della commissione</td> <td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Assenza di patologia	<input type="checkbox"/>	Patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competenza)	<input type="checkbox"/>	Patologia di competenza della commissione	<input checked="" type="checkbox"/>																																		
Assenza di patologia	<input type="checkbox"/>	Patologia dipendente da cause di guerra, lavoro, servizio (non competenza)	<input type="checkbox"/>	Patologia di competenza della commissione	<input checked="" type="checkbox"/>																																				
15 PATOLOGIA COMPETENTE ACCERTATA																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Diagnosi</td> <td>codici diagnosi</td> <td>eventuali interventi chirurgici</td> </tr> <tr> <td><u>Depressione maggiore con disturbo delirante</u></td> <td style="text-align: center;"><u>22110</u></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><u> </u></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Diagnosi	codici diagnosi	eventuali interventi chirurgici	<u>Depressione maggiore con disturbo delirante</u>	<u>22110</u>	<input type="checkbox"/>		<u> </u>	<input type="checkbox"/>		<u> </u>	<input type="checkbox"/>																												
Diagnosi	codici diagnosi	eventuali interventi chirurgici																																							
<u>Depressione maggiore con disturbo delirante</u>	<u>22110</u>	<input type="checkbox"/>																																							
	<u> </u>	<input type="checkbox"/>																																							
	<u> </u>	<input type="checkbox"/>																																							
16) PRINCIPALI DISABILITÀ RILEVATE																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Psichiche:</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Neurologiche</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Intellettiva</td> <td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Respiratorie</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Mentale</td> <td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Cardio-circolatorie</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sensoriali:</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>19) CAUSE O CONCAUSE</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Linguaggio</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Malformazioni congenite</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Udito</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Malattie infettive</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Vista</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Accidenti - traffico</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fisiche:</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Altri domestici</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Perdita anatomica art.</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Altre cause violente</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Limitazione funzionalità movimenti articolari</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>Intervento chir. mutilante</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Psichiche:	<input type="checkbox"/>	Neurologiche	<input type="checkbox"/>	- Intellettiva	<input checked="" type="checkbox"/>	Respiratorie	<input type="checkbox"/>	- Mentale	<input checked="" type="checkbox"/>	Cardio-circolatorie	<input type="checkbox"/>	Sensoriali:	<input type="checkbox"/>	19) CAUSE O CONCAUSE	<input type="checkbox"/>	- Linguaggio	<input type="checkbox"/>	Malformazioni congenite	<input type="checkbox"/>	- Udito	<input type="checkbox"/>	Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	- Vista	<input type="checkbox"/>	Accidenti - traffico	<input type="checkbox"/>	Fisiche:	<input type="checkbox"/>	Altri domestici	<input type="checkbox"/>	- Perdita anatomica art.	<input type="checkbox"/>	Altre cause violente	<input type="checkbox"/>	- Limitazione funzionalità movimenti articolari	<input type="checkbox"/>	Intervento chir. mutilante	<input type="checkbox"/>
Psichiche:	<input type="checkbox"/>	Neurologiche	<input type="checkbox"/>																																						
- Intellettiva	<input checked="" type="checkbox"/>	Respiratorie	<input type="checkbox"/>																																						
- Mentale	<input checked="" type="checkbox"/>	Cardio-circolatorie	<input type="checkbox"/>																																						
Sensoriali:	<input type="checkbox"/>	19) CAUSE O CONCAUSE	<input type="checkbox"/>																																						
- Linguaggio	<input type="checkbox"/>	Malformazioni congenite	<input type="checkbox"/>																																						
- Udito	<input type="checkbox"/>	Malattie infettive	<input type="checkbox"/>																																						
- Vista	<input type="checkbox"/>	Accidenti - traffico	<input type="checkbox"/>																																						
Fisiche:	<input type="checkbox"/>	Altri domestici	<input type="checkbox"/>																																						
- Perdita anatomica art.	<input type="checkbox"/>	Altre cause violente	<input type="checkbox"/>																																						
- Limitazione funzionalità movimenti articolari	<input type="checkbox"/>	Intervento chir. mutilante	<input type="checkbox"/>																																						
20 LA COMMISSIONE CERTIFICA CHE:																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>AI SENSI DELLA LEGGE: 26.5.1970 n. 381</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>27.5.1970 n. 382</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> <td>30.3.1971 n. 118</td> <td style="text-align: right;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>11.2.1980 n. 18</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		AI SENSI DELLA LEGGE: 26.5.1970 n. 381	<input type="checkbox"/>	27.5.1970 n. 382	<input type="checkbox"/>	30.3.1971 n. 118	<input checked="" type="checkbox"/>	11.2.1980 n. 18	<input type="checkbox"/>																																
AI SENSI DELLA LEGGE: 26.5.1970 n. 381	<input type="checkbox"/>	27.5.1970 n. 382	<input type="checkbox"/>	30.3.1971 n. 118	<input checked="" type="checkbox"/>	11.2.1980 n. 18	<input type="checkbox"/>																																		
21 IL RICHIEDENTE È RICONOSCIUTO:																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 01 NON INVALIDO (assenza di patologia o con riduzione della capacità lavorativa in misura INFERIORE AD 1/3 o minore deambulante)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 02 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AD 1/3 (art. 2 legge 118/71): <u>100% (attento)</u></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 03 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AI 2/3 (art. 2 e 13 legge 118/71): <u>100% (attento)</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 04 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa (art. 2 e 12 legge 118/71): 100%</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 05 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (legge 18/80)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 06 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (legge 18/80)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 07 MINORE NON DEAMBULANTE: con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (art. 2 e 17 legge 118/71)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 08 CIECO con RESIDUO VISIVO non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (legge 382/70) (OD OS)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 09 CIECO ASSOLUTO (legge 382/70)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10 SORDOMUTO (legge 381/70)</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 11 Non collocabile al lavoro <u>lettera 6</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12 L'inserimento al lavoro deve realizzarsi lontano da macchine semoventi, carichi pendenti, pericoli di precipitazione</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 01 NON INVALIDO (assenza di patologia o con riduzione della capacità lavorativa in misura INFERIORE AD 1/3 o minore deambulante)	<input checked="" type="checkbox"/> 02 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AD 1/3 (art. 2 legge 118/71): <u>100% (attento)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 03 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AI 2/3 (art. 2 e 13 legge 118/71): <u>100% (attento)</u>	<input type="checkbox"/> 04 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa (art. 2 e 12 legge 118/71): 100%	<input type="checkbox"/> 05 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (legge 18/80)	<input type="checkbox"/> 06 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (legge 18/80)	<input type="checkbox"/> 07 MINORE NON DEAMBULANTE: con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (art. 2 e 17 legge 118/71)	<input type="checkbox"/> 08 CIECO con RESIDUO VISIVO non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (legge 382/70) (OD OS)	<input type="checkbox"/> 09 CIECO ASSOLUTO (legge 382/70)	<input type="checkbox"/> 10 SORDOMUTO (legge 381/70)	<input checked="" type="checkbox"/> 11 Non collocabile al lavoro <u>lettera 6</u>	<input type="checkbox"/> 12 L'inserimento al lavoro deve realizzarsi lontano da macchine semoventi, carichi pendenti, pericoli di precipitazione																												
<input type="checkbox"/> 01 NON INVALIDO (assenza di patologia o con riduzione della capacità lavorativa in misura INFERIORE AD 1/3 o minore deambulante)																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 02 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AD 1/3 (art. 2 legge 118/71): <u>100% (attento)</u>																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 03 INVALIDO con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura SUPERIORE AI 2/3 (art. 2 e 13 legge 118/71): <u>100% (attento)</u>																																									
<input type="checkbox"/> 04 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa (art. 2 e 12 legge 118/71): 100%																																									
<input type="checkbox"/> 05 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (legge 18/80)																																									
<input type="checkbox"/> 06 INVALIDO con TOTALE e PERMANENTE inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (legge 18/80)																																									
<input type="checkbox"/> 07 MINORE NON DEAMBULANTE: con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età (art. 2 e 17 legge 118/71)																																									
<input type="checkbox"/> 08 CIECO con RESIDUO VISIVO non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (legge 382/70) (OD OS)																																									
<input type="checkbox"/> 09 CIECO ASSOLUTO (legge 382/70)																																									
<input type="checkbox"/> 10 SORDOMUTO (legge 381/70)																																									
<input checked="" type="checkbox"/> 11 Non collocabile al lavoro <u>lettera 6</u>																																									
<input type="checkbox"/> 12 L'inserimento al lavoro deve realizzarsi lontano da macchine semoventi, carichi pendenti, pericoli di precipitazione																																									
22 FIRME																																									
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Cognome Nome Firma IL PRESIDENTE <u>Dr. DEROBERTIS Renato</u> </td> <td style="width: 50%;"> Cognome Nome Firma IL MEDICO LEGALE <u>Dr. RICCI Vitantonio</u> IL MEDICO DI LAVORO <u>Dr. MICCOLIS Pasquale</u> IL MEDICO DI CATEGORIA IL MEDICO SPECIALISTA </td> </tr> </table>		Cognome Nome Firma IL PRESIDENTE <u>Dr. DEROBERTIS Renato</u>	Cognome Nome Firma IL MEDICO LEGALE <u>Dr. RICCI Vitantonio</u> IL MEDICO DI LAVORO <u>Dr. MICCOLIS Pasquale</u> IL MEDICO DI CATEGORIA IL MEDICO SPECIALISTA																																						
Cognome Nome Firma IL PRESIDENTE <u>Dr. DEROBERTIS Renato</u>	Cognome Nome Firma IL MEDICO LEGALE <u>Dr. RICCI Vitantonio</u> IL MEDICO DI LAVORO <u>Dr. MICCOLIS Pasquale</u> IL MEDICO DI CATEGORIA IL MEDICO SPECIALISTA																																								

N. B. Avverso il presente accertamento è ammesso ricorso entro 60 giorni dalla notifica, alla Commissione Medica Superiore e di Invalidità Civile - Via Casilina, 3 - 00182 ROMA

IL RESPONSABILE AMM.VO
Sig. Angelo Begardi

Stampa: U.S.L. BA/5 - PUTIGNANO - MATERIA UFF. INVALIDI CIV. - TO: per copia fotografica

Stampa: U.S.L. BA/5 - PUTIGNANO - MATERIA UFF. INVALIDI CIV. - TO: per copia fotografica



COMUNE DI PUTIGNANO

Provincia di Bari

UFFICIO INVALIDI CIVILI

li, 26 SET. 2006

OGGETTO : Invio dati inerenti invalidità civile riconosciuta al Sig. BROGLIO MONTANI MARIO nato il 09/12/1937 a Roma.

RAECONAUDA TA A.R.

Ill.mo Sig
BROGLIO MONTANI Mario
c/o Giardina Giuseppe
Via N. Bixio, 27
70017 PUTIGNANO

In riferimento alla richiesta della S.V., qui protocollata al n°31813/06, si comunica che con Determina del Dirigente 1^a Ripartizione N° 373/2002, Concessione n°430/2002 di reg. I.C., si concedeva alla S.V. l'assegno mensile di invalidità civile a far data dall'01/08/2001 per un importo mensile di £.412.230= e fino al 31/12/2003 con un importo di €.223,90.

Nell'anno 2003, a seguito dell'erogazione da parte dell'I.N.P.S. della Pensione Cat. VOART n° 33037322, la S.V. è divenuta titolare di redditi superiori ai limiti previsti dalle leggi vigenti in materia di invalidità civile, per poter beneficiare dell'assegno mensile, motivo per il quale dall'01/01/2004 con Determina del Dirigente la 1^a Ripartizione n°207/2003 il suddetto assegno è stato revocato.

Distinti saluti.

RMN/rc



IL SEGRETARIO GENERALE
DIRIGENTE 1^a RIPARTIZIONE
(Dott. GIUSEPPE DIOGUARDI)

TENTATIVI MALDESTRI DI DELEGITTIMAZIONE

Stampa Locale

L'alto Magistrato della Corte dei Conti Giovanni Sferra

SEGRE LA FALSIFICAZIONE DI ATTI PUBBLICI DELLA REGIONE MARCHE