

NOME ASL - DISTRETTO
INDIRIZZO
CAP CITTÀ

06 - Invito a visita domiciliare (CMI)

Città, data

Al Signor/ra
Indirizzo
CAP CITTÀ
[CF XXX XXX XXXXX XXXXX]

(c/o tutore/genitore/o altro destinatario richiesto nel modello di domanda)
Indirizzo
CAP CITTÀ

RACCOMANDATA A/R

Gentile **Nome Cognome**,

con riferimento alla domanda di _____ del ____/____/____, la informo che la sua richiesta di visita domiciliare è stata accolta. La stessa avverrà il giorno ____/____/____ nelle seguenti fasce orarie: dalle ____ alle ____ e dalle ____ alle ____.

Durante la visita potrà farsi assistere dal suo medico di fiducia.

Le ricordo di tenere a portata di mano:

- un documento d'identità valido;
- una stampa del certificato medico telematico firmata dal medico;
- l'originale e una copia di tutta la documentazione sanitaria in suo possesso (compresi i verbali di eventuali precedenti riconoscimenti di invalidità).

Cordiali saluti

Il Presidente della Commissione Medica Integrata

Sul sito internet **www.inps.it** può controllare lo stato della sua domanda e le relative comunicazioni utilizzando per l'accesso il PIN in suo possesso oppure può rivolgersi all'Ente di patronato da lei scelto.

Tutti gli **uffici Inps** sono a sua disposizione per ogni ulteriore informazione; può trovare l'elenco completo delle Sedi sugli elenchi telefonici o sul sito internet **www.inps.it**.

Può, inoltre, telefonare al numero gratuito **InpsInforma 803 164**: un operatore sarà a sua disposizione per informazioni e notizie **dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20 e il sabato dalle ore 8 alle ore 14**.