|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |
| **Allegato al rapporto medico** |  | | **Istituto delle assicurazioni sociali**  **del Cantone dei Grigioni**  **Assicurazione invalidità**  **Casella postale**  **7001 Coira** |
|  | |  |  | |
|  | |  | Ottostrasse 24  Casella postale  7001 Coira  Telefono 081 257 41 11  Fax 081 257 42 22  www.sva.gr.ch | |

**Ulteriore domande  
al modulo per il rapporto medico**

Gentile signora, egregio signore

voglia compilare il modulo allegato in forma elettronica o a mano e ritornarcelo entro 30 giorni. Per quanto concerne l’onorario spettante per il suo impegno, proceda come finora secondo TARMED.

La ringraziamo per la collaborazione.

Salutiamo cordialmente

Ufficio AI

del Cantone dei Grigioni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Allegato: al rapporto medico  Data di spedizione: | | | | 001 / 120 |
| Nome, cognome della persona assicurata | Data di nascita | Numero AVS | |
| Nome e indirizzo del medico | | | |

Per la valutazione della capacità d'integrazione e del diritto alla rendita

1. Domande sull'attività attuale

1.1. Che conseguenze ha il disturbo alla salute sull'attuale attività?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1.2. È ancora proponibile l'attività attuale?  Sì  No

Se sì, per quanto tempo (ore al giorno)?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1.3 Esiste inoltre una diminuzione del rendimento?  Sì  No

Se sì, in che misura?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

2. Domande su possibili provvedimenti d'integrazione

2.1. Si può migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale

o nel campo di attività attuale?  Sì  No

* + 1. Se sì, con quali ragionevoli provvedimenti (p. es. provvedimenti

medici, mezzi ausiliari, modifiche del posto di lavoro ecc.)?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Come si ripercuotono questi provvedimenti sulla capacità di lavoro?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

2.2. L'assicurato è in grado di svolgere altre attività?  Sì  No

2.2.1. Se sì, di che tipo di attività si potrebbe trattare?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Di che cosa bisognerebbe tener particolarmente conto?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

In quale misura (ore al giorno) queste attivitià possono essere svolte?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

2.2.2. Per questi limiti di tempo vi è un rendimento ridotto?  Sì  No

Se sì, in che misura?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* + 1. Se altre attività non fossero possibili, quali sono i motivi?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Proposte, altre domande

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data: | Timbro e firma del medico |
|  |  |