

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome _____

nat. il _____ domiciliat. a _____

via _____ stato civile _____ figli n. _____

documento di riconoscimento n. _____ rilasciato il _____ dal _____

occupazione attuale _____ data della cessazione del lavoro _____

per _____

Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)⁽¹⁾ _____

E' titolare di rendita - pensione - indennizzi ecc. _____

Specificare tipo e percentuale di invalidita' _____

Stato generale: _____ alt. m. _____ peso kg. _____

cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosita', dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.)

App. cardiovascolare: _____

Polso: _____ respiro: _____ press. arter: _____

Vasi: _____

App. respiratorio: _____

App. digerente: _____

Ernie: (sede, riducibilita', uso di cinti) _____

Organi ipocondriaci: _____

App. osteoarticolare: (in particolare evidenza le limitazioni funzionali) _____

Articolazioni: _____

E' provvisto di apparecchio protesico: _____

Sistema endocrino: _____

Sistema nervoso e psiche: _____

Occhi e vista: _____

Orecchio e udito: _____

App. urogenitale: _____

Altri organi e' apparati: _____

Documentazioni sanitarie esibite dal dipendente (cartelle cliniche - accertamenti sanitari, ecc.) _____

Eventuali terapie praticate: _____

Diagnosi: _____

Per la menomazione complessiva dell'integrita' psico - fisica accertata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il dipendente _____

SI TROVA NELL'ASSOLUTA E.Permanente IMPOSSIBILITA' DI SVOLGERE QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA.

Data _____

TIMBRO DEL MEDICO (con indirizzo) _____

FIRMA DEL MEDICO _____