

**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 invalidità.....
.....
.....

Stato generale:.....alt. m.....peso Kg.....
cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi,
ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi,
ecc.).....
.....
.....

App. cardiovascolare:.....
.....
.....

¹ Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.

Polso:Respiro:Press. Arter:

Vasi:.....

App. respiratorio:

App. digerente:

Ernie: (sede, riducibilità, 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'integrità 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

.....

.....