

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ

(L. 335, 8 agosto 1995)

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) _____

È titolare di rendita pensione i n d e n n i z z i ecc.

Specificare tipo e percentuale di invalidità _____

Stato _____ generale:

Altezza (in metri) _____ Peso (in kg) _____

Cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.) _____

App. _____ cardiovascolare

Polso: _____ respiro: _____ pressione arteriosa: _____

Vasi: _____

App. respiratorio: _____

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

App. digerente: _____

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti): _____

Organi ipocondriaci: _____

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

Articolazioni: _____

È 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 IMPOSSIBILITÀ DI SVOLGERE QUALSIASI ATTIVITÀ LAVORATIVA.

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

Data

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico

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