

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) .....

.....

È titolare di rendita - pensione - indennizzi ecc.....

Specificare tipo e percentuale di invalidità.....

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

.....

Apparato cardiovascolare:.....

Polso: .....respiro:.....pressione arteriosa:..... Vasi.....

.....Apparato respiratorio: .....

.....

Apparato digerente:.....

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

Organi ipocondriaci:.....

Apparato 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:.....

Apparato 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

.....

-----

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