

**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:.....
Polso:Respiro:..... press. arteriosa:.....
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

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