

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)
È 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, cicatri-
ci, sfregi, ecc.)
App. cardiovascolare:
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:
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 IMPOSSIBILITA' DI SVOLGERE
QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA.

Data

Timbro del medico (con indirizzo)
.

Firma del medico