

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ

Cognome e nome _____
nat ____ il _____, domiciliat ____ a _____
via _____, stato civile _____ figli n. ____
documento di riconoscimento n. _____, rilasciato il _____
dal _____ occupazione attuale _____
data di 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: _____ alt. m. _____ peso kg _____

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

App. cardiovascolare; _____

Polso: _____ respiro: _____ press. arter.: _____

Vasi: _____

App. respiratorio _____

App. digerente _____

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

Organi ipocondriaci: _____

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

Altri organi e apparati _____

Documentazioni sanitarie esibite dal dipendente (cartelle cliniche – accertamenti sanitari, ecc.) _____

Eventuali terapie praticate: _____

Diagnosi: _____

Pr la menomazione complessiva dell'integrità psico-fisica accettata e riportata in diagnosi, sussistono le condizioni per ritenere che il dipendente _____

**SI TROVA NELL'ASSOLUTA E PERMANENTE IMPOSSIBILITÀ DI SVOLGERE
QUALSIASI ATTIVITÀ LAVORATIVA.**

Data _____

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico

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