

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITÀ

Cognome e nome nato il domiciliato..... a via stato civilefigli 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:

alt. m.

peso kg.

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

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, eccetera)

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.

Data

Timbro del medico (con indirizzo)