

**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 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, 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 è 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 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.