

**CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE
DELLA PENSIONE DI INABILITA'**

Cognome e nome nato il domiciliato/a

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 art. Vasi:

.....

App. respiratorio

.....

App. digerente

.....

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti)

.....

Organi ipocondriaci:

.....

App. Osteoarticolare: (in particolare evidenza le limitazioni funzionali)

.....

Articolazioni:

.....

E' munito di apparecchio protesico:

.....

Sistema endocrino:

.....

Sistema nervoso e psiche:

.....

Occhi e vista:

.....

Orecchio e udito:

.....

App. urogenitale:

.....

Altri organi e apparati:

.....

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

.....

.....

Eventuali terapie pratiche:

.....

.....

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