

**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) [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 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

.....

[1] Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.