

**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)
.....
.....
.....

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 respire.....
press. Arter:
Vasi:
.....
.....
.....

App. Respiratorio:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

App. digerente:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ernie: (sede, riducibilità, uso di cinti)

.....
.....
.....
.....
.....

Organi ipocondriaci:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....

Articolazioni:

.....
.....
.....
.....
.....

E' 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

.....