CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA'

Cognome e nome……nato/a……

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 remoti e prossima (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)

……

……

……

E' titolare di rendita – pensione-indennizzi ecc……..

Specificare tipo e percentuale di invalidità……..

Stato generale……alt. Cm……peso Kg……..

Cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, sfregi, ecc.)……

……

Apparato cardiovascolare……

……

Polso……..Respiro……..Pressione Arteriosa……Vasi……

Apparato Respiratorio……

……

Apparato Digerente……..

……

Ernie (sede, riducibilità,uso di cinti)……..

……

Organi ipocondriaci……..

……

Apparato 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……

……

Apparato Urogenitale……

……

Altri organi e apparati……

……

Documentazioni sanitarie eseguite 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/la dipendente……..

si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Data…….

Timbro del medico (con indirizzo)

Firma del medico