

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 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 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.