

CERTIFICATO MEDICO

Cognome e nome

nat. il — domicilio a

via stato civile Figli n.

documento di riconoscimento n. rilasciato

il dal occupazione

attuale data della cessazione

dellavoro « per

Anamnesi remota e prossima: (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) i il

.....

E titolare di rendita - pensione - indennizzi, ecc.

.....

Specificare tipo e percentuale di invalidità

.....

Stato generale- alt. m.

peso kg.

cuti, annessi e sistema IMI10-impalpabile (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.)

App. cardiovascolare.

Polso respiro. pres. 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

Data.....

Timbro del medico (cori ii-lidit-17.7.0)

Firma del medico