

CERTIFICATO MEDICO PER LA CONCESSIONE DELLA PENSIONE DI INABILITA'

(allegato 2 al Decreto 8 maggio 1997, n. 187 art. 3, comma 3)

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 dal 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 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

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

(1) Allegare, se possibile, le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi.