

**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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E' titolare di rendita-pensione-indennizzi etc. \_\_\_\_\_

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, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

App. cardiovascolare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allegare se possibile le cartelle cliniche relative ai ricoveri stessi

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 MEDICO

---

---