



**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)<sup>1</sup>  
.....  
.....  
.....  
.....

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:.....  
.....  
.....

---

<sup>1</sup> 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 DEL MEDICO

.....