



CERTIFICATO MEDICO

Per il riconoscimento della invalidità per:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pensione ordinaria invalidità | <input type="checkbox"/> Pensione privilegiata infortuni |
| <input type="checkbox"/> Pensione privilegiata malattia professionale | <input type="checkbox"/> Pensione sociale di invalidità |
| <input type="checkbox"/> Assegno d'Accompagnamento | <input type="checkbox"/> Mutamento o ricerca di occupazione |

Cognome e nome del/la richiedente _____

Cod. ISS _____ Nato/a il _____ a _____

residente in via _____ a _____

stato civile _____ figli _____

mansione attualmente svolta _____

presso la ditta _____ di _____

STATO GENERALE _____

_____ Altezza mt. _____ Peso Kg. _____

App. tegumentario (cute e annessi): _____

App. emopoietico: _____

App. cardio-vascolare: cuore _____

P.A. _____ mm Hg _____ Freq. _____ /min _____

Vasi: _____

App. respiratorio: _____

App. digerente: _____

App. urogenitale: _____

App. locomotore: _____

Sistema endocrino: _____

Sistema nervoso: _____

Psiche: _____

App. visivo: _____

Visus naturale _____ Od _____ Os _____

Visus corretto _____ Od _____ Os _____

App. uditivo: _____

Altri organi e apparati: _____

Terapie praticate in passato (farmacologiche, FKT o altro):

Nome _____ posologia _____ per (anni, mesi e cicli) _____
 Nome _____ posologia _____ per (anni, mesi e cicli) _____
 Nome _____ posologia _____ per (anni, mesi e cicli) _____
 Nome _____ posologia _____ per (anni, mesi e cicli) _____
 Nome _____ posologia _____ per (anni, mesi e cicli) _____

Terapia in corso:

Nome _____ posologia _____ da quando _____
 Nome _____ posologia _____ da quando _____

Accertamenti effettuati in relazione ai quadri patologici suesposti:

Il/la richiedente è portatore di:

Eventuali osservazioni del Sanitario:

Data _____

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL/LA RICHIEDENTE
