

# FONDAZIONE ENASARCO

DIREZIONE GENERALE

## CERTIFICATO MEDICO

Cognome e nome \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_

Si prega il medico di compilare il presente certificato in ogni sua parte riportando in modo particolareggiato l'esame obiettivo dello stato morboso che costituisce l'eventuale causa dell'inabilità o invalidità permanente parziale.

### A – ANAMNESI

1) Familiare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Personale remota \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Personale prossima \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### B – ESAME OBIETTIVO

1) Condizioni generali \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) Stato di nutrizione \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) Stato di sanguificazione \_\_\_\_\_

4) Capo e Collo \_\_\_\_\_

5) Organi di senso:

– Vista \_\_\_\_\_

– Udito \_\_\_\_\_

6) Apparato respiratorio \_\_\_\_\_

7) Apparato cardio-vascolare \_\_\_\_\_

8) Apparato digerente \_\_\_\_\_

– Organi ipocondriaci \_\_\_\_\_

9) Apparato genito-urinario \_\_\_\_\_

10) Apparato osteoarticolare e locomotore \_\_\_\_\_

11) Apparato linfoghiandolare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12) Sistema nervoso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esito e data di eventuali recenti accertamenti clinici di laboratorio e radiografici  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C – DIAGNOSI MEDICO LEGALE**

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

**D – QUANTIFICAZIONE DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITA' LAVORATIVA**

<p>Assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa</p> <p><b>INABILITA'</b> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Permanente</i></p>	<p>Riduzione della capacità lavorativa nella attività di agente effettivamente esercitata</p> <p><b>INVALIDITA'</b> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Permanente Parziale</i></p> <p>_____ % _____</p> <p><i>(in cifre)</i> <i>(in lettere)</i></p>
---	--

Località e data .....

Il Medico

(firma e timbro) \_\_\_\_\_

(indirizzo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_