



Mod. S. S. 3

Identificato dal Medico certificante  
con documento n. ....  
Rilasciato dal .....

Sede di .....

Data dell'arrivo .....

**CERTIFICATO MEDICO**

Cognome e nome .....

nat. il ..... domiciliat. a .....

via ..... stato civile ..... figli n. ....

Attività varie svolte nella vita lavorativa progressa .....

Occupazione attuale .....

Eventuali fattori di rischio connessi con le attività lavorative svolte .....

data della cessazione del lavoro ..... per .....

**Anamnesi remota e prossima:** (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri) (1) .....

È titolare di rendita - pensione - indennizzi ecc. ....

Specificare grado e percentuale .....

**Stato generale:** ..... alt. m. .... peso Kg. ....

cute, annessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, neoformazioni, fistole, cicatrici, sfregi, ecc.) .....

**App. cardiovascolare:** .....

IL MODULO DEVE ESSERE COMPILATO IN OGNI SINGOLA PARTE DAL MEDICO CERTIFICANTE

(1) 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 limitaz. funzionali) .....

Scheletro: .....

Articolazioni: .....

È 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 dall'assic. (cartelle cliniche - accertamenti mutualistici ecc.)** .....

.....

.....

**Eventuali terapie praticate:** .....

.....

.....

**Diagnosi:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Timbro del medico (con Indirizzo)**

**FIRMA DEL MEDICO**

**Data** .....