



## **Certificato Medico**

### **Superstiti Inabili**

*Rev. 1.1*  
*16/09/2008*



FONDAZIONE ENASARCO  
AREA ISTITUZIONALE  
SERVIZIO PRESTAZIONI  
UFFICIO LIQUIDAZIONE PENSIONI  
VIA ANTONIOTTO USODIMARE 31  
00154 ROMA RM

## **CERTIFICATO MEDICO PER SUPERSTITI INABILI AL LAVORO**

Agente: Cognome e Nome \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

---

---

Cognome e nome del Superstite \_\_\_\_\_

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 di inabilità.

### **A. ANAMNESI**

1. Familiare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Personale remota \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Personale prossima \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Lavorativa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **B. ESAME OBIETTIVO**

1. Condizioni Generali \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Stato di nutrizione \_\_\_\_\_

COGNOME NOME SUPERSTITE INABILE \_\_\_\_\_

MATRICOLA AGENTE \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COGNOME NOME SUPERSTITE INABILE \_\_\_\_\_

MATRICOLA AGENTE \_\_\_\_\_

10. Apparato osteoarticolare e locomotore \_\_\_\_\_

---

---

---

11. Apparato linfoghiandolare \_\_\_\_\_

---

---

12. Sistema nervoso \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

---

### C) SINTESI DIAGNOSTICA

---

---

---

---

---

### D) STATO DI INABILITA'

Il superstite è nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro?

SI        NO        \*

Località e data \_\_\_\_\_

Il Medico

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

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

---

---

---

(\* ) Si prega di contrassegnare la voce che interessa.