

CERTIFICATO MEDICO

per la conferma dello stato invalidante ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 7 giugno 1999, n. 11

Cognome e nome _____

nat_ il _____ a _____

residente a _____ Via/Fraz. _____

Anamnesi lavorativa

Anamnesi remota e prossima

Stato generale

Apparato locomotore

Sistema nervoso e psichico

Apparato cardiovascolare e respiratorio

Apparato digerente

Apparato genito-urinario

Altri apparati (endocrino, uditivo, visivo, patologia congenite o malformazioni)

Diagnosi

_____ il _____

timbro e firma del medico
