



Timbro del medico

## CERTIFICATO MEDICO DI INFORTUNIO

Settore di attività     INDUSTRIALE     ARTIGIANATO     AGRICOLO  
 PUBBLICA AMM.     TERZIARIO

Tipo di certificato     PRIMO     CONTINUATIVO     DEFINITIVO

Infortunato (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Ha dichiarato di aver abbandonato il lavoro il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Datore di lavoro \_\_\_\_\_

Postumi di altre lesioni o malattie pregresse (riferiti o constatati) : \_\_\_\_\_

Esame obiettivo e diagnosi : \_\_\_\_\_

Prognosi (inabilità temp. assoluta al lavoro) di giorni \_\_\_\_\_ riprende il lavoro il \_\_\_\_\_

Pericolo di vita [si] [no]                      Si presume invalidità permanente [si] [no]

\_\_\_\_\_  
Luogo e data di rilascio

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico