



FONDO PENSIONE AGENTI PROFESSIONISTI DI ASSICURAZIONE

www.fonage.it

Sede: 00187 ROMA - Via del Tritone, 46
Tel. 06697643.1 - Fax 0669941107

Il richiedente la pensione cui si riferisce il presente referto è stato identificato

dal Medico certificante con documento N

rilasciato da

.....
(timbro e firma del Medico)

CERTIFICATO MEDICO

DA COMPILARE A MACCHINA O IN STAMPATELLO

QUALORA LA SCRITTURA NON RISULTASSE CHIARAMENTE LEGGIBILE IL CERTIFICATO VERRA' RESTITUITO PER UNA NUOVA PIU' CHIARA COMPILAZIONE.

Cognome e Nome

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

Via stato civile

ANAMNESI *(in particolare evidenziare ricoveri ospedalieri di cui dovranno essere possibilmente allegate le relative cartelle cliniche).*

Remota

Prossima

STATO GENERALE: alt. peso Kg.
cute, amnessi e sistema linfoghiandolare (colorito, callosità, dermatosi, ulcerazioni, edemi, fistole, neoformazioni, cicatrici, sfregi, ecc.)

.....
.....
.....

Capo:
.....
.....

APP. CARDIOVASCOLARE:
.....
.....

Polso: Respiro: Press. Arter.:

Vasi:
.....

APP. RESPIRATORIO:
.....
.....

APP. DIGERENTE:
.....
.....

Organi ipocondriaci:

Fegato:
.....

Milza:
.....

APP. OSTEOARTICOLARE: *(in particolare evidenza le limitazioni funzionali)*
.....
.....

SISTEMA ENDOCRINO:
.....
.....

SISTEMA NERVOSO:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PSICHE:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OCCHI E VISTA:
.....
.....
.....

ORECCHIO E UDITO:
.....
.....

APP. UROGENITALE:
.....
.....

ALTRI ORGANI E APPARATI:
.....
.....

Documentazioni sanitarie allegate (*copia cartelle cliniche - accertamenti mutualistici - esami ematoclinici - esami radiografici - referti specialistici, ecc.*):

-
.....
- 1)
 - 2)
 - 3)
 - 4)
 - 5)

Eventuali terapie praticate:

DIAGNOSI:

Considerazioni sui motivi clinici e medico legali che inducono a ritenere raggiunti gli estremi dell'inabilità:

.....
(Timbro del Medico)

.....
(Firma del Medico)

Data