

Rapporto ufficiale del medico curante
da allegare in busta chiusa agli atti di concorso

MEDICO

Nome Cognome

.....

Luogo Telefono

.....

1. GENERALITA'

Nome Cognome

.....

Data di nascita Professione

.....

Indirizzo completo

.....

.....

Candidato (a) alla funzione di

.....

.....

2. ANAMNESI PERSONALE REMOTA

- Malattie subite (indicare le diagnosi e l'anno); terapie durate più di 4 settimane

.....

.....

.....
.....

- Operazioni e infortuni subiti (indicare le diagnosi e l'anno)

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

- Consumate o avete consumato in passato alcool, tranquillanti, sigarette, sostanze stupefacenti?

.....
.....

3. ANAMNESI PERSONALE RECENTE

- Malattie in atto (indicare le diagnosi, da quando e la terapia attuale)

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

- Operazioni e infortuni in atto (indicare le diagnosi, da quando e la terapia attuale)

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

4. RENDITE AI, LAM, FAINF E LPP

- E' al beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare,

assicurazione infortunio, cassa pensione) ?

.....
.....

Certifico di aver risposto sinceramente alle domande precitate e di aver sottaciuto nulla. Autorizzo i medici e ogni altra persona a cui l'Associazione dovesse rivolgersi a dare al suo Servizio medico tutte le informazioni che desiderasse in relazione all'assunzione e all'ammissione alla Cassa Pensione.

N.B.: se la persona firmataria ha sottaciuto un infortunio e/o malattia esistente o precedente soggetto/a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza e l'Associazione, rispettivamente la sua Cassa Pensione sono liberate da ogni obbligo. Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico aziendale, l'annullamento dell'assunzione o della promozione a nuova funzione.

Luogo, data e firma autografa

.....
.....

STATUS PRAESENS

5. Stato generale, stato di nutrizione, linguaggio, peso, altezza

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

6. Apparato locomotorio

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

7. **Capo, visus con e senza correzione, udito**

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

8. **Sistema cardiocircolatorio (compreso PA)**

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

9. **Torace /Polmoni**

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

10. **Addome**

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

.....
.....

11. **Sistema nervoso, cute**

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

12. **Stato psichico**

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

DOMANDE COMPLEMENTARI

13. **E' da prevedere che il (la) candidato (a) sia esposto (a) ad un invalidità**

prematura ? () SI (

Se si, quale, in che misura e per quanto tempo?

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

14. **Vi sono eventuali ragioni di ordine medico che potrebbero determinare frequenti assenze dal lavoro? () SI**
Se si, quale, in che misura e per quanto tempo?

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

15. **Controindicazioni mediche alla specifica attività per la quale in candidato ha concorso**

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

16. **Se vi sono controindicazioni potrebbe essere eventualmente impiegato (a) in altre attività più consone al suo stato di salute? Quali?**

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

17. **Può essere ammesso senza riserva alla Cassa Pensione?**
() NO () SI ()

Certifico di avere visitato in data odierna il (la) candidato (a) e di avere risposto alla domande in modo esatto e coscienzioso.

Luogo e data Timbro e firma del medico
.....

Da allegare in busta chiusa agli atti di concorso