



Gestione
Dipendenti Pubblici

Certificato Medico di sana costituzione

Protocollo Inps

Cod. AWACQ0401

Il certificato deve essere rilasciato esclusivamente da:

- medico del Servizio Medico Legale dell'ASL
- ufficiale medico militare in attività di servizio
- medico incaricato dall'Amministrazione di appartenenza dell'iscritto (in questo caso il Direttore dell'Ufficio dal quale dipende il richiedente dovrà compilare il riquadro A)

Avendo sottoposto a visita medica

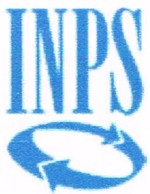
Codice Fiscale	<input type="text"/>	Sesso	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F			
Cognome	<input type="text"/>						
Nome	<input type="text"/>						
Nato/a il	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nato/a in	<input type="text" value="ITALIA"/>	<input type="checkbox"/> Estero					
Provincia	<input type="text"/>						
Comune	<input type="text"/>						

che ha provveduto ad identificare mediante esibizione del seguente documento:

Tipo di documento	<input type="text"/>						
numero	<input type="text"/>						
scadenza	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rilasciato il	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rilasciato da	<input type="text"/>						

sulla base degli accertamenti medico legali svolti, che sono depositati presso l'archivio di questa struttura, esprime il seguente giudizio medico:

- è in possesso di sana costituzione fisica
- non è in possesso di sana costituzione fisica ed è affetto/a da patologia stabilizzata, in trattamento medico e/o chirurgico, non in fase terminale



luogo e data

Timbro e firma del medico
che rilascia il certificato

.....

Timbro dell'Ufficio
sanitario

Riquadro A

(sezione riservata al Direttore dell'Ufficio, da compilare nel solo caso di certificato rilasciato da medico incaricato dall'Amministrazione di appartenenza dell'iscritto)

Il sottoscritto in qualità di Direttore dell'Ufficio da cui dipende il richiedente il prestito dichiara che il medico che ha rilasciato il presente certificato è medico incaricato dall'Amministrazione.

luogo e data

Timbro e firma del
Direttore dell'Ufficio

.....

Timbro dell'Ufficio
