

## CERTIFICATO A USO ASSICURATIVO

Certifico che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, sulla base della visita medica da me effettuata (croceettare l'opzione scelta):

- risulta affetto/a da esiti del sinistro/infortunio verificatosi in data \_\_\_\_\_;
- non risulta ancora clinicamente guarito/a dalle lesioni riportate nel sinistro/infortunio verificatosi in data \_\_\_\_\_, in quanto presenta ancora \_\_\_\_\_;

Si assegna una prognosi di \_\_\_\_\_ giorno/i, salvo complicazioni.

- risulta clinicamente guarito/a dalle lesioni riportate nel sinistro/infortunio verificatosi in data \_\_\_\_\_, con postumi permanenti da valutarsi in sede medico-legale;
- risulta clinicamente guarito/a dalle lesioni riportate nel sinistro/infortunio verificatosi in data \_\_\_\_\_, senza postumi evidenti.

Altre osservazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

(timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_