

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)
