

AZIENDA: \_\_\_\_\_ DATA SINISTRO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

|    |                                                                                        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Descrizione della lesione e sua causa diretta ed immediata                             |
| 2  | Esistenza di eventuali altre cause (imperfezioni fisiche, malattie preesistenti, ecc)  |
| 3  | Si riscontrano tracce di lesioni antecedenti?                                          |
| 4  | Era ferito prima dell'infortunio, già invalido, mutilato, difetti di corpo o di mente. |
| 5  | Il ferito è costretto a rimanere a letto e per quanto tempo?                           |
| 6  | Può disimpegnare fin d'ora almeno in parte le sue originarie occupazioni?              |
| 7  | Conseguenze immediate della lesione: inabilità temporanea totale / parziale?           |
| 8  | Si presume invalidità permanente residua?                                              |
| 9  | In quale giorno il ferito ricorse per la prima volta all'assistenza medica?            |
| 10 | Da chi venne prestata la prima cura?                                                   |

**Il Medico Curante  
(timbro e Firma)**

Data.....

.....