

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.....

.....