



SPORTASS

Cassa di Previdenza per l'Assicurazione degli Sportivi

Modulo da inviare compilato
entro 20 giorni dall'avvenuta guarigione

Ente Pubblico - D.P.R. 1 aprile 1978 n. 250

Tel. (06) 88.68.82.26 - 88.68.82.36 - 88.68.82.28 - 88.68.82.41 - 88.68.82.25 - 88.68.82.35 - 88.68.82.39 - 88.68.82.34
- 88.68.82.27 - Telex 626416 IASPORT - Fax (06) 88.68.82.71
00141 ROMA - Via Val D'Ala, 180

Federazione

DANNO N.

Con riferimento alla denuncia dell'infortunio occorsovi il
..... e salvo ed impregiudicato ogni reci-
proco diritto, vi preghiamo di rimandare il presente certificato
debitamente compilato in ogni sua parte dal medico, appena ces-
sate le cure.

In caso di prolungamento della cura oltre il pronostico formulato
in denuncia, dovete inviarci, prima del presente, ogni 20 giorni,
un certificato in carta semplice del vostro medico curante sul
decorso della vostra inabilità al lavoro.

CERTIFICATO DEFINITIVO

del Medico curante: Dott.

Infortunato data dell'infortunio

<p>1. - a) In quale giorno ha prestato per la prima volta le cure all'infortunato?</p> <p>b) Al momento dell'infortunio il sinistrato era perfettamente sano?</p> <p>c) Esistevano imperfezioni o postumi di precedenti lesioni? Quali?</p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>2. - a) Diagnosi definitiva della lesione</p> <p>b) Sono state eseguite operazioni chirurgiche? Quali?</p>	<p>a)</p> <p>b)</p>
<p>3. - a) Sono sopravvenute delle malattie? Quali?</p> <p>b) Contribuono esse o altre infermità preesistenti a ritardare la guarigione?</p>	<p>a)</p> <p>b)</p>
<p>4. - In quale giorno ha cessato le cure mediche?</p>	<p>INDICARE A TERZO LE PRESTAZIONI SANITARIE ESEGUITE</p>