

**DICHIARAZIONE DI CHIUSURA INFORTUNIO**  
**POLIZZA CONVENZIONE A.G.E.S.C.I.**

DA COMPILARSI IN STAMPATELLO A CURA DEL MEDICO CURANTE IN OGNI SUA SINGOLA VOCE E DA INVIARE A : ATTIVITA'  
E RAPPRESENTANZE ASSICURATIVE S.R.L.- P.ZZA DELLA VITTORIA 9/A -16121 GENOVA-

IL SOTTOSCRITTO.....MEDICO CURANTE

DEL SIG ..... INFORTUNATOSI IL .....

DIAGNOSI E CARATTERI DELLA LESIONE PRIMITIVA RIPORTATA DALL' INFORTUNATO:

.....  
.....

PRIMA DEL SINISTRO L'INFORTUNATO ERA COMPLETAMENTE SANO E ABILE AL LAVORO ( SI' / NO ).....

IN CASO NEGATIVO RIPORTARE IL TIPO DI MENOMAZIONE .....

.....

DICHIARA INOLTRE QUANTO SEGUE

DI AVER CONSTATATO CHE L'INFORTUNATO IN OGGETTO E' GUARITO DALL' INCIDENTE OCCORSOGLI.

AL PAZIENTE A SEGUITO DELL'INFORTUNIO OCCORSOGLI POTRA' RESIDUARE INVALIDITA' PERMANENTE

(SI' / NO ) .....PRESUMIBILMENTE IN CHE PERCENTUALE .....(.....)

AL PAZIENTE E' STATO APPLICATO UN TUTORE ORTOPEDICO IMMOBILIZZANTE (SI / NO).....

DEL TIPO.....

POSIZIONATO IL.....DA.....

RIMOSSO IL.....DA.....

IL PAZIENTE A SEGUITO DEL SINISTRO E' STATO RICOVERATO (SI /NO).....

IN QUALE STRUTTURA OSPEDALIERA .....

RICOVERO DAL .....AL .....

NOTE PARTICOLARI SUL TIPO DI LESIONE.....

.....  
.....

IL MEDICO SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER RISPOSTO, ACCERTATA L'IDENTITA' DEL PAZIENTE, COSCIENZIOSAMENTE,  
ED IN CONFORMITA' AL VERO, AL PRESENTE QUESTIONARIO.

IL MEDICO CURANTE  
(TIMBRO E FIRMA )

....., LI' .....

.....