

Certificato medico per l'erogazione dei prestiti INPS

È possibile compilare il modulo e stamparlo oppure stamparlo e completarlo scrivendo in stampatello ed in modo leggibile.

Io sottoscritto/a

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
STATO			

in qualità di:

(il certificato deve essere rilasciato esclusivamente da uno dei medici sotto indicati)

- medico di medicina generale (Cod. Reg. _____)
- medico delle Aziende Sanitarie Locali incaricato, in servizio presso l'A.S.L. _____ - Servizio Medico Legale
- medico militare in attività di servizio presso _____
- medico incaricato dall'Amministrazione di appartenenza dell'iscritto, abilitato al rilascio di certificazione di sana costituzione fisica con provvedimento d'incarico _____ n. _____ del _____
(specificare tipologia del provvedimento d'incarico)
- medico della Rete Ferroviaria Italiana (RFI), per l'ambito di competenza, in servizio presso _____

avendo sottoposto a visita medica

COGNOME		NOME	
CODICE FISCALE		NATO/A IL GG/MM/AAAA	
A		PROV.	
STATO			

che ho identificato mediante esibizione del seguente:

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO			
NUMERO		RILASCIATO DA	
DATA RILASCIO		SCADENZA	

Sulla base degli accertamenti medico legali svolti, esprimo il seguente giudizio medico:

- è in possesso di sana costituzione fisica
- è affetto/a da patologia stabilizzata, in trattamento medico e/o chirurgico, non in fase terminale.

Luogo e Data

Timbro e firma leggibile
del medico che rilascia il certificato