

Infortunio n. .... del .....

A SPRESAL ASL AT  
Via Conte Verde 125  
14100. Asti (AT)

**OGGETTO: Referto medico ai sensi dell'art. 365 c.p.**

Il sottoscritto Dott. .... informa la S. V. che in data .....  
alle ore ..... ha prestato la propria opera professionale relativamente all'evento occorso  
al/alla Sig. /Sig.ra .....  
nato/a a ..... il .....  
abitante in ..... via/piazza .....  
Dipendente della ditta .....  
dal ..... sino al ..... con sede in .....  
che in seguito a infortunio sul lavoro denunciato / accertato  
che ha comportato:

- Morte
- Pericolo di vita
- Una malattia della durata di ..... giorni
- Incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un periodo superiore a 40 giorni
- Indebolimento permanente di un senso/ organo
- Perdita di un senso / dell' uso di un arto / di un organo
- Perdita della capacità di procreare
- Permanente e grave difficoltà della favella
- Sfregio o deformazione permanente del volto
- Interruzione di gravidanza

Ha riportato la seguente diagnosi:  
.....  
.....  
.....

con prognosi di .....

in ordine alle circostanze, alle cause, all' evento e ai mezzi dai quali è derivato, si precisa quanto segue:  
.....  
.....

Osservazioni: (ivi compresi il luogo in cui attualmente trovasi l'offeso, eventuali certificazioni, prognosi e proroghe precedenti)  
.....  
.....  
.....

Luogo	Data	Timbro e firma medico
.....	.....	.....