

Prot. N _____ del _____

Circ. n. Prot. 850/A.A8-2697 09.04.2020

(1) Spazio riservato all'Ente Sanitario che esprime il giudizio

Mod. ML/C n. _____ anno _____

DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO PER LESIONE TRAUMATICA (2)

(3) _____

Alla (1) _____

OGGETTO: (4) _____

nato il _____ a _____ (---)

Codice Fiscale _____

Visitato presso questa struttura in data _____

Per (5) _____

Riportata in data (6) _____

- (1) Ufficio Sanitario Provinciale procedente
- (2) Art 1880 del D.P.R. n° 66/2010 e s. m. e l.
- (3) Ufficio/Ente/reparto in cui presta servizio il dipendente
- (4) Qualifica, cognome e nome del dipendente
- (5) Diagnosi del Direttore dell'Ufficio Sanitario
- (6) Data in cui è stata riportata la lesione traumatica

Dichiarazione di lesione traumatica

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Il

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO SANITARIO

Relazione del Direttore dell'Ufficio o Reparto del dipendente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

_____ li _____

IL DIRETTORE

(1) _____

Giudizio sulla dipendenza da causa di servizio

Sulla base delle dichiarazioni contenute nella Parte I del presente modello, dei dati clinici rilevati dalla documentazione sanitaria pervenuta e degli eventuali accertamenti sanitari effettuati, il sottoscritto, ai sensi dell'art.44 del D.P.R. 334/00 comma 1, lettera f-bis, giudica che

Il: (2) _____

ha riportato la seguente lesione (3) _____

Per la quale (4) _____ si riconoscono i requisiti medico legali per la definizione con il presente Mod. ML/C

La predetta lesione è (4) _____ dipendente da causa di servizio

Durante il ricovero sono state accertate le seguenti complicazioni (5)

E' sopravvenuto il decesso per (6) _____

_____ Che è (4) _____ conseguenza
della lesione accertata con Mod. ML/C n. ____/____ del _____

_____ li _____

Il Direttore o Funzionario Medico Incaricato

Il sottoscritto, presa visione del predetto giudizio, dichiara di (5) _____ accettarlo.

_____ li _____

(7) _____

- (1) Ufficio Sanitario precedente
- (2) Qualifica, cognome e nome del dipendente
- (3) Indicare la diagnosi completa delle lesioni riportate nell'evento dannoso, con esclusione di eventuali preesistenze
- (4) SI/NO
- (5) Valorizzare con "///" se non ricorre il caso
- (6) Indicare la diagnosi causa principale del decesso o valorizzare con "///" se non ricorre il caso
- (7) Firma dell'interessato