



Prot. n. _____

Data _____

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

(1) _____

Mod. "ML/C" n. _____ anno _____

DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO PER LESIONE TRAUMATICA(2)

(3) _____

Alla Direzione(1) _____

OGGETTO:(4) _____

nato il _____ A _____ (_____)

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In ricovero presso codesta struttura sanitaria militare in data _____

per(5) _____

Riportata in data (6) _____

(1)Intestazione della struttura sanitaria di cui agli art.195 e 199 del C.O.M.
(2)Art.1880 del D.lgs. 15 marzo 2010. n.66(C.O.M.) e successive modifiche
(3)Comando o Ufficio dal quale dipende il ricoverato
(4)Grado Cognome e nome del ricoverato
(5)Diagnosi del Dirigente il Servizio Sanitario
(6)Data in cui è stata riportata la lesione traumatica

Mod. ML/C _____ Anno _____

(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 dagli accertamenti sanitari di questa struttura sanitaria, il sottoscritto, ai sensi dell'art.1880 del D.Lgs.n.66 del 2010 e successive modifiche, giudica che il

(2) _____

(3) ha riportato la seguente lesione(4): _____

per la quale(5) _____ ricorrono i requisiti medico-legali per la definizione con il presente Mod.ML/C.

(3) La predetta lesione è (5) _____ dipendente da causa di servizio.

(3) Durante il ricovero sono state accertate le seguenti complicazioni: _____

(3) E' sopravvenuto il decesso per (6) _____

Che è(5) _____ conseguenza della lesione accertata con Mod.ML/C n. _____ / _____

IL DIRETTORE

Roma lì, _____

Dichiarazione dell'interessato

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

Roma lì, _____

(7) _____

(1) Struttura sanitaria militare.

(2) Grado Cognome e nome del ricoverato.

(3) Barrare il caso che ricorre.

(4) Indicare la diagnosi completa delle lesioni riportate nell'evento dannoso, con esclusione di eventuali preesistenze.

(5) SI/NON

(6) Indicare la diagnosi principale causa del decesso.

(7) Firma dell'interessato