

CERTIFICATO MEDICO DI GRAVIDANZA

(Legge 26-8-50 n. 860 - D.P.R. 21-5-53 n. 568)

Settore

Categoria

Documento d'iscrizione

Io sottoscritto Dott.

certifico di aver visitato

nata il / / a cognome nome

assicurata per il trattamento di maternità presso l'I.N.A.M.

La stessa dichiara (*)

all'esame obiettivo si riscontra (**)

In base ai dati sopra esposti ritengo che trovasi al mese di gravidanza e
che il parto si effettuerà presumibilmente il (***) / /
giorno mese anno

, li

FIRMA DEL MEDICO

- (*) - Epoca di inizio dell'ultima mestruazione; epoca di inizio dei movimenti attivi del feto ed eventuali fenomeni della gravidanza.
(**) - Rilevi obiettivi importanti per la diagnosi.
(***) - La data presunta del parto deve essere fissata con la maggiore possibile esattezza tenuto conto che essa fa fede agli effetti dell'astensione obbligatoria dal lavoro e del trattamento economico per tale periodo.

N.B. - Il presente certificato può essere rilasciato da un Ufficiale sanitario, medico condotto, medico dell'O. N. M. I. oppure da un sanitario a rapporto d'impiego con l'I.N.A.M. o in servizio presso gli ambulatori, in gestione diretta o convenzionati, dell'I.N.A.M. stesso.

Domanda per conseguire l'indennità di maternità da presentare all'I.N.A.M. a cura dell'Assicurata

(D.P.R. 21 5-1953 n. 568 . artt. 27 - 28 - 31)

, li

ALL'ISTITUTO NAZIONALE per l'ASSICURAZIONE

contro le MALATTIE

Sezione Territoriale di

La sottoscritta

residente in

via

N.

occupata presso l'Azienda

sita in

via

N.

(per il settore Agricoltura: iscritta

negli « elenchi anagrafici » del Comune di

) in possesso di

documento di iscrizione n.

/ fa domanda affinché le

venga corrisposta la indennità di maternità prevista dalla legge 26 - 8 - 1950

n. 860 sulla tutela fisica ed economica delle lavoratrici madri.

All'uopo allega:

- certificato provvisorio di iscrizione negli elenchi anagrafici (1)

.....
(firma della lavoratrice)

(1) - Da allegare nei casi in cui la lavoratrice non risulti ancora iscritta negli « elenchi anagrafici » dell'Agricoltura.

Certificato Medico di Gravidanza da presentare all'Azienda a cura dell'Assicurata

(Legge 26-8-50 n. 860 - D.P.R. 21-5-53 n. 568)

Settore

Categoria

Documento d'iscrizione

Il sottoscritto Dott. _____

certifico di aver visitato _____

cognome

nome

nata il ____ / ____ / ____ a _____

assicurata per il trattamento di maternità presso l'I.N.A.M.

la stessa dichiara (*) _____

L'esame obiettivo si riscontra (**)

In base ai dati sopra esposti ritengo che trovasi al _____ mese di gravidanza e

che il parto si effettuerà presumibilmente il (***) _____

giorno

mese

anno

_____, li _____

FIRMA DEL MEDICO

*) - Epoca di inizio dell'ultima mestruazione; epoca di inizio dei movimenti attivi del feto ed eventuali fenomeni della gravidanza.

**) - Rilevi obiettivi importanti per la diagnosi.

***) - La data presunta del parto deve essere fissata con la maggiore possibile esattezza tenuto conto che essa fa fede agli effetti dell'astensione obbligatoria dal lavoro e del trattamento economico per tale periodo.

REMARKS: - Il presente certificato può essere rilasciato da un Ufficiale sanitario, medico condotto, medico dell'O. N. M. I. oppure da un sanitario a rapporto d'impiego con l'I.N.A.M. o in servizio presso gli ambulatori, in gestione diretta o convenzionati, dell'I.N.A.M. stesso.

