

( da compilarsi in ogni sua singola voce in stampatello a cura del medico curante)

### DICHIARAZIONE DI CHIUSURA INFORTUNIO (Modulo 2)

Per il tesserato F.I.R. sig.....infortunatosi il .....  
con lesione primitiva riportata ( diagnosi e caratteri):.....

.....  
.....  
il sottoscritto.....medico curante dichiara che:

1. L'infortunato in oggetto è guarito dall'incidente occorsogli.
2. Il tesserato in seguito all'infortunio è stato ricoverato in Istituto di cura per gg.....
3. Al tesserato in seguito all'infortunio potrà residuare Invalidità Permanente.....SI – NO  
presumibilmente in percentuale del.....% con le seguenti note particolari sul tipo di lesione

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

Il medico sottoscritto dichiara di aver risposto, accertata l'identità del paziente, coscientemente ed in conformità al vero, al presente questionario.

Il medico curante

(timbro e firma)

.....li.....

Con il presente Modulo 2, si dichiara conclusa la prognosi e si dichiara di non inviare ulteriori certificati medici.

Il tesserato (firma)

.....li.....

(firma del genitore in caso di minore)

.....

Consegnare il presente "Modulo 2" di chiusura infortunio unitamente a tutta la documentazione successiva all'apertura dell'infortunio.

**Si ricorda che la documentazione deve essere prodotta in originale.**