

CERTIFICATO MEDICO

COGNOME NOME:.....SESSO M () F ()

NATO/A.....IL.....

CODICE FISCALE

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

ANAMNESI.....

.....

.....

.....

OBIETTIVITA'.....

.....

.....

.....

DIAGNOSI.....

.....

.....

.....

CODICI ICD9.....

.....

.....

TERAPIA.....

.....

.....

CERTIFICO CHE LA PERSONA E' :

◇ IMPOSSIBILITATA ALLA DEAMBULAZIONE SENZA L'AIUTO PERMANENTE DI UN ACCOMPAGNATORE.

NON E' IN GRADO DI COMPIERE GLI ATTI QUOTIDIANI DELLA VITA SENZA ASSISTENZA CONTINUA

◇ AFFETTA DA MALATTIA NEOPLASTICA IN ATTO

◇ AFFETTA DA PATOLOGIA IN SITUAZIONE DI GRAVITA' AI SENSI DEL D.M. 2 AGOSTO 2007

IL PRESENTE CERTIFICATO E' RILASCIATO AL FINE DELLA DOMANDA DI

◇ INVALIDITA' CIVILE ◇ CECITA' ◇ SORDITA' ◇ HANDICAP ◇ DISABILITA'

LUOGO E DATA _____

TIMBRO CON N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI E FIRMA DEL MEDICO

IL PRESENTE CERTIFICATO E' VALIDO SOLO SE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE