

### CERTIFICATO MEDICO

COGNOME NOME.....SESSO M O F O

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

CODICE FISCALE

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

ANAMNESI.....

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

OGGETTIVA'.....

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

DIAGNOSI.....

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

CODICI ICD9.....

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

TERAPIA.....

.....

CERTIFICO CHE LA PERSONA E':

IMPOSSIBILITATA ALLA DEMBOLAZIONE SENZA L'AUTO PERMANENTE DI UN ACCOMPAGNATORE.

NON E' IN GRADO DI COMPIERE LE ATTIVITA' QUOTIDIANE 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'     HAN DICAP     DISABILITA'

LUOGO E DATA.....

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

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