

| |
|------------------|
| Dott..... |
| Via.....n°..... |
| Città..... |
| CAP.....tel..... |

ASSISTENZA INVALIDI CIVILI

Il sottoscritto dott. Generico/Specialista

C E R T I F I C A

di aver visitato in data odierna presso il proprio Ambulatorio/Domicilio

il/lanato/a ail

residente..... CAP in Via/P.zza

ANAMNESI

.....
.....

DOCUMENTAZIONE MEDICA ESIBITA

.....
.....

ESAME OBIETTIVO

.....
.....

DIAGNOSI (da esprimere con chiarezza e precisione)

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

N.B. La compilazione del riquadro sottostante è FACOLTATIVA

| | | |
|--|----|----|
| A) Persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore? | SI | NO |
| B) Persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita? | SI | NO |

BARRARE CON UNA "X" LA VOCE CHE INTERESSA

N.B. Il presente modulo va compilato con cura in ogni sua parte. L'eventuale ricorrere di INTRASPORTABILITA' o, congiuntamente, dell' IMMINENTE PERICOLO DI VITA, ai fini della visita domiciliare vanno certificati separatamente dal medico Curante, su proprio ricettario intestato.

Località data timbro e firma.....