

## CERTIFICATO MEDICO (per riconoscimento disabilità di persona minorenni)

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA PER IL  RICONOSCIMENTO  RIVALUTAZIONE  
DELLA DISABILITÀ AI SENSI DELLA LEGGE REGIONALE 19 FEBBRAIO 2008, N. 4

### **SI CERTIFICA CHE**

\_\_\_\_\_ l. \_\_\_\_\_ m. \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**è affetto/a dalle seguenti patologie (in ordine decrescente di rilevanza assistenziale) :**

**NB:** in caso di rivalutazione segnalare le motivazioni socio-sanitarie sopraggiunte rispetto all'ultimo accertamento effettuato presso la Commissione per l'accertamento della disabilità

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

(\*)le patologie certificate sono documentate dai seguenti esami clinici, strumentali, di laboratorio, dimissioni ospedaliere \_\_\_\_\_

segnalare se paziente oncologico/a con diagnosi recente e in trattamento

note del curante \_\_\_\_\_

L'assistito/a in riferimento alla concessione di protesi, ausili e agevolazioni del caso è altresì affetto/a da:

- Incontinenza urinaria e/o fecale, causata da \_\_\_\_\_
- Ipoacusia (allegare esame audiometrico con impedenzometria di struttura pubblica)
- Ipovisione (allegare referto visita oculistica ed eventuale campimetria)

Sulla base del quadro clinico predominante si ritiene utile la presenza di : **FISIATRA**

**PSICHIATRA**  **ONCOLOGO**  **NEUROLOGO**  **INTERNISTA**  **NPIA**

**ALTRO** \_\_\_\_\_

**SI RICHIEDE VISITA DOMICILIARE:** Motivazione dell'intrasportabilità: \_\_\_\_\_

**Compilazione a cura del medico legale della AUSL:**

Richiesta **ACCOLTA**

Richiesta **NON ACCOLTA:** motivazione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma

Data \_\_\_\_\_

i rilascia su richiesta dell'interessato.

FIRMA DEL MEDICO

(timbro del medico curante e N. di telefono)