

CERTIFICATO MEDICO

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

SI CERTIFICA CHE

___l___ Sig./ra _____
nat ___ a _____ il _____
residente a _____ domiciliato a _____ CAP _____
in Via/P.za _____ n. _____
Telefono: _____ Cell. _____

è affetto/a dalle seguenti patologie (in ordine decrescente di gravità) :

NB: in caso di aggravamento segnalare solo le patologie sopraggiunte dopo l'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 in trattamento

note del curante _____

L'assistito/a è altresì affetto/a da:

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

Sulla base del quadro clinico predominante si ritiene utile la presenza di : GERIATRA 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 _____

FIRMA DEL MEDICO

Si rilascia su richiesta dell'interessato.
data elaborazione 16-04-08

(timbro del medico curante e N. di telefono)