

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. _____ 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 impedenziometria di struttura pubblica)

Ipovisione (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.

(timbro del medico curante e N. di telefono)