

FAC SIMILE

DR. XXXXX XXXXX
Medico Chirurgo
Cap Citta via/piazza Tel

CERTIFICAZIONE MEDICA AI SENSI DELLA LEGGE 102 DEL 3 AGOSTO 2009

In riferimento alla dichiarazione/domanda presentata dal Sig.(1) con relativi allegati

SI ATTESTA CHE

il Sig./ra xxxxxxxx xxxxxxxxxxxx
nato/a il gg.mm.aa.
residente a

E' affetto/a da patologia / handicap che ne limita l'autosufficienza con conseguente necessità di assistenza a far data dal 1 aprile 2009.

Sulla base della documentazione clinica esaminata e delle esigenze organizzative espresse nella sopraccitata dichiarazione/domanda, emerge la necessità che l'assistenza di cui sopra sia erogata da:

- () un lavoratore addetto ad assistenza
- () due lavoratori addetti ad assistenza

Data gg.mm.aa.

dott. Xxxxxx C.F.
Medico di M.G. convenzionato SSN

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a - dei familiari

1 Nominativo del richiedente