

CERTIFICATO MEDICO

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI

 RICONOSCIMENTO REVISIONE AGGRAVAMENTO Invalido Civile (L.118/71, L.295/90) Cieco Civile (L.382/70) "Sordo prelinguale" (L.381/70, L.95/06) Portatore di handicap (L.104/92) Persona disabile (L.68/99) solo per soggetti in età lavorativa

SI CERTIFICA che il/lá Sig. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Prov. ____ via _____

Domiciliato _____ Prov. ____ via _____

È affetto dalle seguenti patologie (elencare da quella prevalente)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

L'assistito/a è altresì affetto/a da:

 incontinenza urinaria e/o fecale causata da _____ ipoacusia (allegare esame audiometrico)

In caso di richiesta di aggravamento indicare le motivazioni che lo hanno determinato

Le suddette patologie determinano:

- Riduzione della capacità lavorativa

 parziale totale

- Impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore

 SI NO

-Necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita

 SI NO

-Minore con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età

-Ultra65enne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età

Si richiede accelerazione della procedura ai sensi della L.n.80/2006 per paziente affetto da:

patologia neoplastica maligna

di prima diagnosi

recidiva e/o mtx

Certifico inoltre che:

Il paziente è in atto trasportabile

Il paziente non è in atto trasportabile in quanto lo spostamento è pregiudizievole per il paziente stesso e pertanto si richiede visita domiciliare

Preclcare il motivo dell'intrasportabilità _____

il paziente è in Imminente pericolo di vita

Data

Firma e timbro del medico

AVVERTENZA:

Per la richiesta di riconoscimento della condizione di cieco civile il certificato medico deve essere redatto dall'oculista e, oltre alla diagnosi, deve contenere l'indicazione dell'eventuale residuo visivo di ciascun occhio, con relativa correzione.