



Certificato medico - 1/2

NUMERO CERTIFICATO			
COGNOME		NOME	
SESSO	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	CODICE FISCALE	
NATO/A IL GG/MM/AAAA		A	
PROV.			
CODICE TESSERA SANITARIA			
ASL DI APPARTENENZA			

Anamnesi

Obiettività

Diagnosi



Certificato medico - 2/2

Codici ICD-9

Codice	Descrizione
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Terapia

- Certifico che la persona è
- Impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore / non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua
 - Affetta da malattia neoplastica in atto
 - Affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di:

- INVALIDITA' CECITA' SORDITA' HANDICAP DISABILITA'

Luogo _____ data _____

COGNOME NOME

N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI

Firma _____