

4. Certificato medico per il riconoscimento dell'invalidità civile (Mod. C)

Certificato medico

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

Anamnesi

Obiettività

Diagnosi

Codici ICD-9

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

Terapia

specialista in commissione (solo per E. Romagna) _____

Certifico che:

- La persona è impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
- La persona non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua
- La persona è affetta da malattia neoplastica in atto
- La persona è affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007
- Sussistono in atto controindicazioni mediche che rendono rischioso o pericoloso per sé o per gli altri lo spostamento del soggetto dal suo domicilio.

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di:

- INVALIDITA' CECITA' SORDITA' HANDICAP DISABILITA'

Luogo _____ data _____

Medico curante

Cognome _____ Nome _____ Codice fiscale _____

N° Iscrizione all'ordine provinciale dei medici _____