

ATTENZIONE: prima di scrivere, staccare dal modulo della domanda.

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che il/ la Sig. _____

Nato/a a _____ il. _____

e residente a _____ via _____ n° _____

domiciliat.. in _____ via _____ n° _____

di professione _____ lib. san. _____

È portatore delle seguenti infermità:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

Tali infermità determinano:

- Riduzione della capacità lavorativa;
- Impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;
- Necessità di assistenza continua, non essendo il grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita;
- Difficoltà persistenti a svolgere compiti e finzioni proprie della sua età (minori ed ultra65enni);
- Una perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 hertz;
- Un visus residuo in OD di _____ ed in OS _____ con correzione di _____ (1)
- Una sordità non esclusivamente psichica (per i sordomuti),
- Un aggravamento delle condizioni per le seguenti motivazioni (2)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Data _____

(timbro e firma del medico)

N.B.

- 1) per presentare domanda di cieco civile è necessario allegare un certificato di specialista pubblico che attesti una riduzione del visus in OO non inferiore a 1/20 con correzione o un residuo perimetrico binoculare inferiore al 10%.
- 2) per la domanda di aggravamento è necessario evidenziare le modificazioni del quadro clinico preesistente.