

## CERTIFICATO MEDICO

Da allegare alla domanda per il  riconoscimento  aggravamento dello stato di:  
 INVALIDITA' CIVILE  HANDICAP (L. 104/92)

SI CERTIFICA CHE

\_\_\_l\_\_\_ Sig./ra \_\_\_\_\_  
nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in Via/P.za \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

**è affetto/a dalle seguenti patologie (in ordine decrescente di gravità) :**

**NB:** in caso di aggravamento segnalare solo le patologie sopraggiunte dopo l'ultimo accertamento in commissione

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

note del curante \_\_\_\_\_

**L'assistito/a è altresì affetto/a da:**

- Incontinenza urinaria e/o fecale, causata da \_\_\_\_\_  
 Ipoacusia (*allegare esame audiometrico con impedenzometria di struttura pubblica*)

Sulla base del quadro clinico predominante si ritiene utile la presenza di :

- PSICHIATRA  INTERNISTA/GERIATRIA  NEURO PSICHIATRA INFANTILE  
 FISIATRA

**NB:** ogni dichiarazione compiacente viola gli art. 479 – 481 del codice penale e sarà trasmessa all'autorità giudiziaria ai sensi dell'art.331 del CPP.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

Si rilascia su richiesta dell'interessato.