



Certificato medico - 1/2

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



Certificato medico - 2/2

Codici ICD-9

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

Medico curante

COGNOME
 NOME
 N° ISCRIZIONE ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI