

## REFERTO

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Medico Chirurgo, specialista in \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \_\_\_\_\_

All'Autorità Giudiziaria ( \_\_\_\_\_ ) di \_\_\_\_\_

In data odierna, alle ore \_\_\_\_\_, a richiesta del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

ho visitato presso \_\_\_\_\_

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,

identificato mediante \_\_\_\_\_.

Sulla base della visita medica da me effettuata ho riscontrato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Sono state praticate le seguenti terapie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Le notizie raccolte dal/dalla sig./sig.ra \_\_\_\_\_ farebbero de-

rivare le descritte lesioni da \_\_\_\_\_,

fatto avvenuto in località \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_

alle ore \_\_\_\_\_. La lesività riscontrata appare/non appare compatibile con quanto riferito.

I mezzi che sono stati causa delle lesioni sono identificabili in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Le suddette lesioni sono guaribili entro giorni \_\_\_\_\_, salvo complicazioni.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

(timbro e firma del medico)

\_\_\_\_\_