

**CERTIFICATO MEDICO**  
ATTESTANTE LA NATURA DELLE INFERMITA' INVALIDANTI

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ domiciliato/a a \_\_\_\_\_

- indirizzo \_\_\_\_\_

Anamnesi (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)<sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il soggetto è assistito da terzi:    SI ☐    NO ☐

Stato generale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

alt. m. \_\_\_\_\_ peso kg \_\_\_\_\_

Cute, annessi e sistema linfoghiandolare: \_\_\_\_\_

App. cardiovascolare: \_\_\_\_\_

polso: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ Vasi: \_\_\_\_\_

App. respiratorio: \_\_\_\_\_

App. digerente: \_\_\_\_\_

Ernie: \_\_\_\_\_ Organi ipocondriaci: \_\_\_\_\_

App. osteoarticolare: \_\_\_\_\_

Apparecchi protesici: \_\_\_\_\_

Sistema endocrino: \_\_\_\_\_

Sistema nervoso e psiche: \_\_\_\_\_

Occhi e vista: \_\_\_\_\_

Orecchio e udito: \_\_\_\_\_

App. urogenitale: \_\_\_\_\_

Altri organi ed apparati: \_\_\_\_\_

Documentazione sanitaria esibita: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Allegare se possibile le cartelle cliniche o lettere di dimissioni riferite ai ricoveri.

## Diagnosi

Patologia prevalente (nel caso di patologie multiple):

Terapia in atto

Somministrata da terzi: SI ☐ NO ☐

Si rilascia il presente certificato ai fini della domanda di:

- invalidità civile ☐
- handicap ☐
- cieco civile ☐
- disabilità per l'inserimento lavorativo ☐
- sordomuto ☐

Richiesta di aggravamento: ☐ SI

Motivazioni

Si richiede visita domiciliare per impossibilità di recarsi alla visita ambulatoriale: ☐ SI

☐ a causa di non trasportabilità con i comuni mezzi di trasporto

☐ altri motivi (specificare):

Luogo e data

TIMBRO con indirizzo

Firma del medico