Timbro del medico curante

CERTIFICATO MEDICO
L'uso del presente modello non è obbligatorio. E' solo consigliato

Si certifica che il sig./la sig.ra _____
Nato a _____ ( ) il _____
residente a _____ Via/p.za _____ num. _____
altezza _____ cm peso _____ Kg è affetto da:

Per la malattia di cui è portatore/trice trovasi nelle seguenti condizioni (barrare la casella che interessa):

☐ Invalido civile con totale riduzione della capacità lavorativa;

☐ Invalido civile con parziale riduzione della capacità lavorativa;

☐ Persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore;

☐ Persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita;

☐ Necessita di protesi acustica;

☐ Minore con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni della propria età

☐ Minore che presenta una perdita uditiva superiore ai 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1000, 2000 hertz

Data, lì _____

Firma e timbro del Medico Curante

Modello scaricato da www.sgummy.com