

CERTIFICATO ATTESTANTE GRAVE PATOLOGIA DEL FAMILIARE CONVIVENTE

(Da compilarsi a cura del Medico di medicina Generale o Medico Specialista, in assenza di invalidità civile riconosciuta)

Si certifica che il/la sig./ra _____ nato/a a

_____ il ____ / ____ / _____ e residente a Sagama in

Via _____ è affetto da

ed a causa della suddetta patologia lo/la stesso/a non è in grado di provvedere, in tutto o in parte all'assistenza

del familiare disabile, convivente il/la sig./ra _____.

_____, li _____

Timbro e Firma del Medico
