



**Richiesta di certificato medico**

**(Art. 1, L. 7 maggio 2009, n. 46)**

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

**nato a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**residente a** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

**chiede**

**che gli sia rilasciato il certificato di cui all'art. 1 del D.L. 3 gennaio 2006, n 1 (come modificato dalla L. 27 gennaio 2006, n. 22 e dalla L. 7 maggio 2009 , n. 46).**

**A tale fine dichiara quanto segue:**

- di essere affetto da** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di essere in dipendenza continuativa e vitale dalla apparecchiatura elettromedicale di seguito indicata** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di essere nella impossibilità di allontanarsi dall'abitazione, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'art. 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.**
- allega la documentazione sanitaria in suo possesso**

**luogo** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_

**Firma**