

Intestazione del medico

CERTIFICATO MEDICO AD USO
INVALIDITA' CIVILE
PRIMO ACCERTAMENTO
con richiesta di visita domiciliare

Si certifica che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____

via _____ n. _____

è affetto/a da: _____

In quanto le predette patologie rendono rischioso lo spostamento per l'interessato/a e per gli altri, **è necessario che la visita venga espletata a domicilio.**

Timbro e Firma del medico

_____ data _____

➤ **Compilare il certificato con scrittura leggibile.**
Esprimere chiaramente i motivi che rendono rischioso lo spostamento dell'interessato.