

Intestazione del medico

CERTIFICATO MEDICO AD USO
INVALIDITA' CIVILE

PRIMO ACCERTAMENTO

imminente pericolo di vita

Si certifica che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____

via _____ n. _____

è affetto/a da: _____

per le citate patologie, il predetto **versa in imminente pericolo di vita** ed 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 per cui l'interessato versa in imminente pericolo di vita.