

Intestazione del medico

CERTIFICATO MEDICO AD USO  
INVALIDITA' CIVILE  
per  
**AGGRAVAMENTO**  
**con richiesta di visita domiciliare**

Si certifica che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
già riconosciuto/a invalido/a civile al \_\_\_\_\_ % in data \_\_\_\_\_ dalla  
Commissione Invalidi Civili dell'AS di \_\_\_\_\_ per le seguenti  
infermità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

alla data odierna si è ulteriormente aggravato/a per: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.