

Intestazione del medico

CERTIFICATO MEDICO AD USO
INVALIDITA' CIVILE
per

AGGRAVAMENTO
imminente pericolo di vita

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: _____

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.