

Intestazione del medico

CERTIFICATO MEDICO AD USO
INVALIDITA' CIVILE
per
AGGRAVAMENTO

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: _____

Timbro e Firma del medico

_____ data _____

➤ Compilare il certificato con scrittura leggibile.