

CERTIFICAZIONE MEDICA

Io sottoscritto Dott. _____ n° cod. reg. _____

Certifico di aver visitato in data odierna ___ Sig. _____

Nat. ___ il _____ a _____ prov. _____

e di averlo riscontrato/o affetto/o da: _____

La descritta patologia interessa:

- apparato locomotore;
- apparato cardiovascolare;
- apparato respiratorio;
- apparato neuropsichico;
- apparato visivo;
- altro (specificare) _____

ed il paziente si avvale dell'ausilio di:

- stampelle;
- deambulatore;
- carrozzina.

L'espressività clinica del predetto quadro morboso determina gravissima difficoltà, anche nell'effettuazione di pur brevi tragitti, il che configura una condizione di sostanziale indeambulabilità.

___ stess___, inoltre, non è da considerarsi un soggetto allettato cronico.

Si rilascia per uso concessione stallo personalizzato disabili.

Luogo e data _____

In Fede

Timbro e Firma