

**CERTIFICATO MEDICO**

**Cognome e nome** ..... Sesso M  F

**Nato/a a** ..... Il.....

**Codice fiscale** .....

**Codice tessera sanitaria** ..... **ASL di appartenenza** .....

**Anamnesi**

.....  
.....

**Obiettività**

.....  
.....

**Diagnosi**

.....  
.....

**Codici ICD-9**

.....

**Terapia**

.....

**Certifico che la persona è in condizioni di intrasportabilità  
necessitando di visita domiciliare**

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di:

invalidità civile  cecità  sordità  handicap  disabilità

Luogo e data .....

Timbro con n° iscrizione Ordine Provinciale dei Medici e firma del Medico .....

**IL PRESENTE CERTIFICATO E' VALIDO SOLO SE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE**