

(Facsimile di dichiarazione per la compilazione del certificato medico da redigere su carta libera ed intestata del medico che predispone e firma la certificazione)

Si certifica che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/nata a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ soffre delle seguenti

patologie:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

f) \_\_\_\_\_

Si certifica, inoltre, che le suddette patologie comportano un handicap che si concretizza in una menomazione o limitazione funzionale permanente dalla quale deriva, per il predetto paziente, una obiettiva difficoltà (ovvero impossibilità) alla deambulazione.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)