

**DR. XXXXX XXXXX**  
**CRM: XXXXX**  
**Medico Chirurgo**  
**Cap Citta via/piazza Tel**

**CERTIFICAZIONE MEDICA AI SENSI DELLA LEGGE 102/2009**

**SI ATTESTA CHE**

Il/La Sig./ra xxxxxxxx xxxxxxxxxxx  
nato/a il gg.mm.aa.  
residente a .....

E' affetto/a da patologia/e che ne limita/no l'autosufficienza con conseguente necessità di assistenza per la cui erogazione il richiedente dichiara che si avvarrà di personale extracomunitario.

Sulla base della documentazione clinica esaminata e delle esigenze organizzative espresse emerge la necessità che l'assistenza di cui sopra sia erogata da:

- un lavoratore addetto ad assistenza  
 due lavoratori addetti ad assistenza

Località, gg.mm.aa.

**Dott. XXX XXX**  
**Medico di M.G. convenzionato SSN**

Si rilascia in carta semplice su richiesta

Firma del/la richiedente \_\_\_\_\_