

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 xxxxxxxxxx
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 _____