

**Progetto assistenza domiciliare ai disabili gravi**  
**verso "un dopo di noi" dentro e fuori casa. - Anno 2010**

**CERTIFICAZIONE SANITARIA**

Certifico che il/la sig. \_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

risulta essere:

incapace a deambulare

affetto da malattie degenerative / oncologiche / mentali / altra grave

patologia invalidante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**IL MEDICO CURANTE**  
**(Timbro e Firma)**

\_\_\_\_\_