

**CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE
AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI FACENTI PARTE
DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D54**

Il /la sottoscritto/a

Dr. _____

Iscritto all'ordine dei Medici

di _____

Medico Curante del/la

sig./ra _____

nato/a

_____ il _____

residente in via _____ n°

Sulla base della documentazione sanitaria e clinica presa in esame, in mio possesso, certifica che il
suddetto paziente **NON È AUTOSUFFICIENTE.**

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO