



All'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria N. ____
Commissione Invalidità Civile
Ufficio Invalidi Civili Indirizzo telefono

CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA NATURA DELLE INFERMITA' INVALIDANTI

Cognome e nome _____ nato a _____
_____ il _____ domiciliato/a a _____
indirizzo _____

Anamnesi (in particolare evidenza ricoveri ospedalieri)(¹) _____

Il soggetto è assistito da terzi : SI NO

Stato generale: _____

alt. m. _____ peso kg _____

Cute, annessi e sistema linfoghiandolare: _____

App. cardiovascolare: _____

polso: _____ P.A.: _____ Vasi: _____

App. respiratorio: _____

App. digerente: _____

Ernie: _____ Organi ipocondriaci: _____

App. osteoarticolare: _____

Apparecchi protesici: _____

Sistema endocrino: _____

Sistema nervoso e psiche: _____

Occhi e vista: _____

Orecchio e udito: _____

App. urogenitale: _____

Altri organi ed apparati: _____

Documentazione sanitaria esibita: _____

¹ Allegare se possibile le cartelle cliniche o lettere di dimissioni riferite ai ricoveri.

Diagnosi _____

Patologia prevalente (nel caso di patologie multiple): _____

Terapia in atto _____

Somministrata da terzi : SI NO

Si rilascia il presente certificato ai fini della domanda di:

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| - invalidità civile | <input type="checkbox"/> | - handicap | <input type="checkbox"/> |
| - cieco civile | <input type="checkbox"/> | - disabilità' per l'inserimento lavorativo | <input type="checkbox"/> |
| - sordomuto | <input type="checkbox"/> | | |

Richiesta di aggravamento : SI

Motivazioni _____

Si richiede visita domiciliare per impossibilità di recarsi alla visita ambulatoriale : SI

a causa di non trasportabilità con i comuni mezzi di trasporto

altri motivi (specificare): _____

Luogo e Data : _____

TIMBRO con indirizzo

Firma del medico
