

Data _____

Si certifica che il/la paziente

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

é affetto/a dalle seguenti patologie:

Pertanto è da considerarsi non autosufficiente in quanto non in grado di adempiere autonomamente agli atti quotidiani della vita e necessita quindi di assistenza continua.

In fede

(Timbro e Firma)