

Data _____

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

affetto/a da _____

presenta grave limitazione della capacità di deambulazione; si autorizza il/la paziente ad utilizzare il proprio autoveicolo per raggiungere l'Ambulatorio/Ospedale.

In fede

(Timbro e Firma)