

All. E certificato MMG

(Da compilarsi a cura del Medico di medicina Generale o Medico Specialista)

Si certifica che:

Il/La sig./ra _____

nato/a _____

il _____

e residente a Loiri Porto San Paolo in Via _____

è affetto da

e a causa della suddetta patologia lo/la stesso/a non è in grado di provvedere, in tutto o in parte,
all'assistenza del familiare disabile convivente il/la sig./ra

Loiri Porto San Paolo,

Timbro e Firma del Medico