

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