

CERTIFICATO ATTESTANTE GRAVE PATOLOGIA DEL FAMILIARE CONVIVENTE

(Da compilarsi a cura del Medico di medicina Generale o Medico Specialista, in assenza di invalidità civile riconosciuta)

Si certifica che il/la sig./ra _____ nato/a a

_____ il ___/___/_____ e residente ad Olbia in Via

_____, è affetto da

ed 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 _____.

Olbia li ___/___/_____

Timbro e Firma del Medico
