

(Fax simile di dichiarazione per la compilazione del certificato medico da redigere su carta libera ed intestata del medico che predispone e firma la certificazione)

Si certifica che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/nata a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ soffre delle seguenti  
patologie:

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_

Si certifica, inoltre, che le suddette patologie comportano un handicap che si concretizza in una menomazione o limitazione funzionale permanente dalla quale deriva, per il predetto paziente, una obiettiva difficoltà (ovvero impossibilità) alla deambulazione.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)