

**CERTIFICATO MEDICO**  
**PER RICHIESTA DI VISITA DOMICILIARE**

IL SOTTOSCRITTO DOTT. \_\_\_\_\_

SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA EFFETTUATA IN DATA \_\_\_\_\_

NEI CONFRONTI DEL/LA SIG./RA \_\_\_\_\_,

CERTIFICA CHE LO STESSO NON PUO' PRESENTARSI ALLA VISITA MEDICA  
COLLEGIALE PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE IN QUANTO  
AFFETTO DA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DICHIARA PERTANTO CHE E' INTRASPORTABILE E CHE IL TRASPORTO SAREBBE  
DI NOCUMENTO ALLA SUA SALUTE.

IN FEDE.

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO