

**CERTIFICAZIONE AI FINI DELL'AMMISSIONE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE  
AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI RESIDENTI NEI COMUNI FACENTI PARTE  
DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO D54**

Il /la sottoscritto/a

Dr. \_\_\_\_\_

Iscritto all'ordine dei Medici

di \_\_\_\_\_

Medico Curante del/la

sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n°

\_\_\_\_\_

Sulla base della documentazione sanitaria e clinica presa in esame, in mio possesso, certifica che il  
suddetto paziente **NON È AUTOSUFFICIENTE.**

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO