

# 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

\_\_\_\_\_