

# CERTIFICATO MEDICO

Certifico che il/la signor \_\_\_\_\_ di anni \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente  
nel Comune di Roccapiemonte alla Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

È stato/a da me visitato/a in data odierna con il seguente risultato:

1. Malattie in atto \_\_\_\_\_

2. Cure mediche in atto (nome del/dei medicinale/i e somministrazione)

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

3. Eventi morbosi recenti \_\_\_\_\_

4. Giudizio sullo stato di salute \_\_\_\_\_

5. Giudizio di autosufficienza fisica e psichica

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

6. Eventuale dieta consigliata

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma e timbro del Medico