ANNO 2010

MODELLO SANITARIO – ANNO 2010

Da allegare alle istanze di cui al punto 1.c) della circolare dei sussidi, redatto da un medico di fiducia.

Dati anagrafici del paziente

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA __ __ / __ __ / __ __ __ __

1. Diagnosi:

2. Compromissione della patologia sull'attuale qualità della vita del soggetto:

barrare la casella interessata

SI ☐ **NO** ☐

IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA TIPOLOGIA E L'ENTITA':

_____ _____

data Timbro e firma del Medico

Si raccomanda di scrivere in maniera leggibile e di compilare in modo integrale il modello, pena l'esclusione dalla valutazione.