



Da allegare alle istanze di cui al punto 2.a) 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.**