

All.2 Modello di certificazione a cura del medico

**DICHIARAZIONE DA INSERIRE NEL CERTIFICATO IN CARTA LIBERA
INTESTATA REDATTO E SOTTOSCRITTO DA QUALSIASI MEDICO**

Si certifica che il/la

sig./sig.ra.....nato/nata a

.....il.....soffre delle seguenti patologie:

- a).....;
- b).....;
- c).....;
- d).....;
- e).....;
- f).....;

Si certifica inoltre che le suddette patologie comportano un handicap che si concretizza in una menomazione o limitazione funzionale permanente, dalla quale deriva per il predetto paziente una obbiettiva difficoltà (ovvero impossibilità) alla deambulazione.

.....
(luogo e data)

.....
(timbro e firma del medico)