

Medico di medicina generale

cognome nome codice fiscale

indirizzo ambulatorio

luogo via n.

tel. cell. email

(la compilazione dei campi sovrastanti può essere sostituita dal timbro)

Certificato medico di autosufficienza o parziale autosufficienza

relativo alla richiesta di assegnazione di alloggi protetti per anziani del Comune di Bolzano

Signor/a (cognome) (nome)

(cognome coniugata)

nato/a il a prov.

codice fiscale

indirizzo (domicilio):

(luogo) (via) n.

1. Eventuali diagnosi di parziale autosufficienza (formulare per esteso e non utilizzare abbreviazioni **per** le diagnosi di malattia/disabilità che comporti uno stato di parziale autosufficienza):

➤ _____

➤ _____

2. Limitazioni funzionali (limitazioni deducibili dalla diagnosi, possibilità di più indicazioni, barrare una casella)

dell'apparato muscolo-scheletrico e locomotorio

nessuna modesta grave perdita funzionale

degli organi interni

nessuna modesta grave perdita funzionale

degli organi sensoriali

nessuna modesta grave perdita funzionale

del sistema nervoso centrale

nessuna modesta grave perdita funzionale

delle capacità psichiche e capacità cognitive

nessuna modesta grave perdita funzionale

Si dichiara che il/la paziente ha un sufficiente grado di autonomia/autosufficienza e che le eventuali limitazioni funzionali sono in ogni caso compatibili con la vita autonoma in un alloggio inserito in un contesto condominiale.

Luogo e data

Timbro e firma