



MODELLO SANITARIO – ANNO 2019

Da allegare alle istanze di cui al punto 2.a) della circolare dei sussidi, redatto da un medico.

PER UNA CORRETTA COMPILAZIONE LEGGERE LE NOTE A PIÈ DI PAGINA

Dati anagrafici del paziente:

Cognome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data di nascita

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

SEZ. 1 - Diagnosi (indicare la data di insorgenza della malattia):

SEZ. 2 - Interventi chirurgici:

barrare la casella interessata

SI

☐

NO

☐

IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA DATA DELL'INTERVENTO _____

SEZ. 3 - Compromissione della patologia sulla qualità della vita del paziente:

barrare la casella interessata
SI ☐ NO ☐

**IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA TIPOLOGIA E L'ENTITA'
DELL'ATTUALE COMPROMISSIONE**

data

Timbro e firma del Medico

NOTE ESPLICATIVE

- Scrivere in modo leggibile e compilare integralmente il modello, pena l'esclusione dalla valutazione e quindi dal sussidio.
- Nel caso in cui venga barrata la casella "NO" della Sez. 3, verrà interpretata come "assenza di deficit invalidanti", per cui l'istanza di sussidio sarà respinta senza essere valutata.
- Nel caso in cui venga riportata nella Sez. 3 la stessa dizione presente sul certificato di invalidità civile l'istanza di sussidio non sarà valutata.