

DR. XXXXX XXXXX
Medico Chirurgo
Cap Citta via/piazza Tel

CERTIFICAZIONE MEDICA AI SENSI DELLA CIRCOLARE INPS 101/2009
(Legge 102 del 3 agosto 2009)

In riferimento alla dichiarazione/domanda presentata dal Sig.⁽¹⁾ con relativi allegati

SI ATTESTA CHE

il Sig./ra xxxxxxxx xxxxxxxxxxxx
nato/a il gg.mm.aa.
residente a

E' affetto/a da patologia / handicap che ne limita l'autosufficienza con conseguente necessità di assistenza, per la cui erogazione il richiedente dichiara che si avvarrà di personale extracomunitario.

Sulla base della documentazione clinica esaminata e delle esigenze organizzative espresse nella sopraccitata dichiarazione/domanda, emerge la necessità che l'assistenza di cui sopra sia erogata da:

- () un lavoratore addetto ad assistenza
- () due lavoratori addetti ad assistenza

Data gg.mm.aa.

dott. **Xxxxxx C.F.**

Medico di M.G. convenzionato SSN

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a - dei familiari

¹ Nominativo del richiedente