

DR.
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

nato/a a il

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

dott. **C.F.**.....
Medico di M.G. convenzionato SSN

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

(1) Nominativo del richiedente