



## 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.