MODELLO SANITARIO – ANNO 2024

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

PER UNA CORRETTA COMPILAZIONE LEGGERE LE NOTE ESPLICATIVE 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

Luogo e 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.**