

Certificato Invalidità Civile

Certifico che il Signor nato/a il a prov. e residente a in via n.

Anamnesi (1)

Obiettività (1)

Terapia (1)

è affetto/a da:

Five rows of boxes for medical conditions. Each row starts with a small box containing '(3)' and a larger empty box for text.

(2) Si certifica che la persona è:

- Three checkboxes with labels: "impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore", "non è in grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita", "affetta da malattia neoplastica in atto"

(3) Rilasciato ai fini della domanda di:

- Five checkboxes with labels: Invalidità, Cecità, Sordomutismo, Handicap, Disabilità

Luogo, data

Timbro e firma

(1) facoltativo
(2) barrare solo se occorre
(3) lasciare libero per la compilazione amministrativa