

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

(da allegare alla domanda di ammissione alla Residenza Assistenziale per anziani ex ONPI)

Cognome e Nome dell'utente _____

luogo e data di nascita _____

residenza _____

domicilio _____

tel. _____

eventuali interventi chirurgici subiti

eventuali patologie in corso

eventuali terapie in corso

condizione di autosufficienza

- SI
- NO

Luogo e data _____

Firma e timbro _____