DICHIARAZIONE DA INSERIRE NEL CERTIFICATO IN CARTA LIBERA INTESTATA REDATTO E SOTTOSCRITTO DA QUALSIASI MEDICO

Si certifica che il/la	
sıg./sıg.railil	
a)	
b)	
c)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
d)	
e)	······································
f)	······;
Si certifica inoltre che le suddette patologie comporta	ano un handicap che si concretizza in una menomazione o limitazione funzionale permanente,
dalla quale deriva per il predetto paziente una obbiett	tiva difficoltà (ovvero impossibilità) alla deambulazione.
	(luogo e data
	(timbro e firma del medico
	(tilloro e firma del medico