

Allegato 2

FAC-SIMILE per i Medici di famiglia

Visto il referto dell'esame del cariotipo rilasciato il (riportare la data dell'esame) ***da*** (riportare il nome dell'istituto che ha effettuato l'esame e rilasciato il referto) ***relativo al Sig.*** (cognome e nome) ***che risulta persona con sindrome di Down(Trisomia 21)***

Ai sensi dell'articolo 94, comma 3 della Legge 27 dicembre 2002, n.289,

si dichiara che

Il signor (cognome e nome) ***nato il*** (data di nascita) ***residente in*** (città, Via, numero civico), ***mio assistito, numero di tessera sanitaria*** (riportare il numero di tessera sanitaria) ***è persona handicappata in situazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge 5 febbraio 1992, n.104.***

Si rilascia la presente dichiarazione su richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge.

(Data, firma e dati identificativi del medico).