

**DOTT.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## **CERTIFICATO MEDICO**

ex art 1 ter Legge 3 agosto 2009 n° 102 (G.U. 4 agosto 2009 Serie Generale n° 179);  
Circolare MINISTERO DELL'INTERNO E MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE  
POLITICHE SOCIALI N° 10/2009 del 7 agosto 2009 prot. N° 0004539 e 23/I/0003538/06

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Certifico che il Sig. / la Sig.ra

\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Affetta da \_\_\_\_\_

necessita di assistenza in quanto è persona con limitazione dell'autosufficienza.

Si valuta che tale limitazione dell'autosufficienza necessiti dell'assistenza di

due lavoratori (*barrare solo se del caso e se vengono presentate due dichiarazioni per assistere la stessa persona*)

Dott. \_\_\_\_\_