

CERTIFICATO MEDICO

Si certifica che il Sig. _____
nato a _____ il _____ e residente a _____
affetto da (malattia contratta in servizio o per cause di guerra): _____

presenta le seguenti condizioni:

- Cliniche generali : _____
- Cardiocircolatorie : _____
- Pressione arteriosa: max. _____ min. _____ freq. _____
- Peso Kg. _____ Altezza mt. _____
- Diagnosi attuale: _____

Recenti ricoveri ospedalieri ? SI' NO

Frequenti cure ambulatoriali? SI' NO

Necessità di cure onde prevenire aggravamenti delle infermità sopra descritte?

SI' NO

La località di residenza risulta sfavorevole in relazione alle patologie sopra descritte ?

SI' NO

(N.B.: i ricoveri e le cure ambulatoriali devono essere in relazione alle patologie dipendenti da cause di guerra o per servizio).

Pertanto necessita di
 SOGGIORNI TERAPEUTICI CURE CLIMATICHE
 CURE TERMALI (specificare il tipo) _____

Da effettuarsi in zona (1) _____

Necessita di accompagnatore SI' per _____
NO

Si rilascia, a richiesta dell'interessato, per l'ammissione a cure.

Data _____

(timbro e firma del medico)

(1) - indicare se si tratta di zona: MARINA, MONTANA, LACUSTRE, COLLINARE, TERMALE.

Allegato alla procedura per l'assistenza sanitaria a favore degli invalidi di guerra, per cause di guerra e per servizio