

CERTIFICATO MEDICO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Il sottoscritto dott. _____

certifica che __l__ signor _____

nat__ a _____ il _____ e residente a

Milena in Via / Piazza _____ n.° _____

non è in grado di provvedere ai bisogni della vita quotidiana e necessita di:

- assistenza domiciliare continua;
- assistenza domiciliare per un periodo di _____

Milena, _____

Il Medico
