

Alla cortese attenzione

sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_

Con la presente si dichiara che il sig./la sig.ra  
(nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, del/della quale il  
sottoscritto è il medico di medicina generale, è affetto/a dalla/dalle seguenti patologie:

∴ Alzheimer e/o demenza senile;

∴ Parkinson;

∴ SLA;

∴ Sclerosi a placche;

∴ Distrofia muscolare;

∴ Sindrome bulbare e pseudobulbare;

∴ Anoressia;

∴ Sindrome da allettamento (qualunque patologia acuta che determina obbligo di permanenza a letto con piaghe da decubito, incontinenza sfinterica, elevata possibilità di patologia infettiva);

∴ Fratture della colonna vertebrale;

∴ Insufficienza renale con dialisi peritoneale;

∴ Metastasi multiple da cancro;

∴ Atassia cerebellare;

∴ Emiplagie ed emiparesi.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_

