

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)

\_\_\_\_\_