

CERTIFICATO MEDICO

Certifico che il /la signor _____ di anni _____
Nato/a a _____ il ___ / ___ / ___ e residente in Nocera
Superiore alla via _____ n° _____ è stato/a da me
visitato/a in data odierna con il seguente risultato:

1. Malattie in atto _____

2. Cure mediche in atto (nome del/dei medicinale/i e somministrazione)

3. Eventi morbosi recenti _____

4. Giudizio sullo stato di salute _____

5. Giudizio di autosufficienza fisica e psichica

6. Eventuale dieta consigliata

Data ___ / ___ / ___

firma del medico