

## 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