

**RICHIESTA DI VISITA DOMICILIARE
MINORAZIONI CIVILI**

Certifico che il Sig./la Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____

Via _____ n. _____

telefono n. _____ cellulare n. _____

è affetto dalla/e seguente/i patologia/e: _____

DICHIARO

consocio della responsabilità penale, civile e disciplinare che deriva da quanto sottoscrivo, che il trasporto presso la sede della Commissione, anche se effettuato in autoambulanza, comporta un concreto rischio alla salute del/la mio/a Paziente derivante dai seguenti motivi (*specificare in dettaglio*):

RICHIEDO

che il/la Paziente sia visitato/a presso il proprio domicilio per l'accertamento delle minorazioni civili.

data _____

timbro e firma del medico certificante
