

**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**

conscio 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

\_\_\_\_\_