

MODELLO DI CERTIFICAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DELLA "GRAVE PATOLOGIA"
(da compilare a cura del medico specialista)

Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Risulta affetto da *(esatta indicazione della patologia presentata dal/dalla paziente, con specificazione che trattasi di "grave patologia")*(come da informativa allegata):

Tipologia di trattamento terapeutico in corso *(specificare che trattasi di "terapia salvavita o ad essa assimilabile")*:

- **terapia salvavita o assimilabile da effettuare/effettuata dal _____ al _____, per un numero di giorni pari a _____ (*)**
- **effetti collaterali diretti della terapia** *(con esclusione delle conseguenze inabilitanti correlate alla patologia di base e **non direttamente causate, invece, dalla terapia**)*: dal _____ al _____, per un numero di giorni pari a _____ (**)

(*) Ulteriori eventuali periodi/cicli di terapie salvavita o assimilabili (specificare date di effettuazione e numero di giorni):

(**) Ulteriori eventuali giorni di effetti collaterali diretti delle terapie (specificare periodo e numero di giorni):

Data _____

Lo specialista
(timbro e firma leggibile)