



**Timbro del Medico**

**CERTIFICAZIONE MEDICA AI SENSI DELLA CIRCOLARE INPS 101/2009  
(Legge 102 del 3 agosto 2009)**

**In riferimento alla dichiarazione/domanda presentata dal Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
con relativi allegati**

**SI ATTESTA CHE**

**Il/La Sig./ra \_\_\_\_\_**

**Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_**

**Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_**

**E' affetto/a da patologia / handicap che ne limita l'autosufficienza con  
conseguente**

**necessità di assistenza alla persona, per la cui erogazione il/la richiedente  
dichiara che si avvarrà di personale extracomunitario.**

**Sulla base della documentazione clinica esaminata, dei dati anamnestici  
raccolti e delle esigenze organizzative espresse nella sopracitata  
dichiarazione/domanda, emerge la necessità che l'assistenza alla persona in  
oggetto sia erogata da:**

- ( ) un lavoratore addetto ad assistenza**
- ( ) due lavoratori addetti ad assistenza**

**Si rilascia su richiesta dell'interessato/a e/o dei familiari per gli usi consentiti  
dalla Legge Vigente.**

\_\_\_\_\_  
**Luogo e Data di rilascio**

\_\_\_\_\_  
**Timbro e Firma del Medico Convenzionato SSN**