



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Richiesta di certificato medico

(Art. 1, L. 7 maggio 2009, n. 46)

Il sottoscritto _____

nato a _____ **il** _____

residente a _____ **in** _____

telefono _____

chiede

che gli sia rilasciato il certificato di cui all'art. 1 del D.L. 3 gennaio 2006, n. 1 (come modificato dalla L. 27 gennaio 2006, n. 22 e dalla L. 7 maggio 2009, n. 46).

A tale fine dichiara quanto segue:

- ☐ **di essere affetto da** _____

- ☐ **di essere in dipendenza continuativa e vitale dalla apparecchiatura elettromedicale di seguito indicata** _____

- ☐ **di essere nella impossibilità di allontanarsi dall'abitazione, anche con l'ausilio dei servizi di cui all'art. 29 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.**
- ☐ **allega la documentazione sanitaria in suo possesso**

A _____ **il** _____

Firma