



ROMA CAPITALE

MUNICIPIO.....

SERVIZIO SOCIALE

CERTIFICAZIONE MEDICA AI FINI DELLA DOMANDA DI ACCESSO
AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER ANZIANI - SAISA

Io sottoscritto Dottor

a richiesta del/la Sig

CERTIFICO

le seguenti condizioni di salute del Richiedente

MALATTIA CRONICA

(senza possibilità di guarigione)

SI ☐

NO ☐

MALATTIA DEBILITANTE

(che compromette il livello di autonomia/autosufficienza)

ALTA ☐

MEDIA ☐

BASSA ☐

TRATTAMENTI TERAPEUTICI

(con macchinari e/o frequenti)

SEMPLICI ☐

COMPLESSI ☐

DETERIORAMENTO COGNITIVO

LIEVE ☐

MEDIO ☐

GRAVE ☐

C A D

ATTIVO ☐

NON ATTIVO ☐

Roma lì,

Firma e Timbro