

DR. XXXXX XXXXX  
Medico Chirurgo  
Cap Citta via/piazza Tel

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

In riferimento alla dichiarazione/domanda presentata dal Sig.(1 ) con relativi allegati

SI ATTESTA CHE  
il Sig./ra xxxxxxxx xxxxxxxxxx  
nato/a il gg.mm.aa.  
residente a .....

E' affetto/a da patologia / handicap che ne limita l'autosufficienza con conseguente necessità di assistenza, per la cui erogazione il richiedente dichiara che si avvarrà di personale extracomunitario.

Sulla base della documentazione clinica esaminata e delle esigenze organizzative espresse nella sopraccitata dichiarazione/domanda, emerge la necessità che

l'assistenza di cui sopra sia erogata da:

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

Data gg.mm.aa.

dott. **Xxxxxx C.F.**  
**Medico di M.G. convenzionato SSN**

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a –dei familiari

---

1 nominativo del richiedente