



Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Comune di Castellaneta



Comune di Palagianello

AL SIGNOR SINDACO

del COMUNE DI GINOSA

OGGETTO: Certificato medico per assistenza domiciliare di tipo aiuto domestico e/o O.S.S. per il
SIG: _____.

Si certifica che ____ l ____ Sig. _____
Nato a _____ il _____ e residente a Ginosa in
Via _____ n. _____ affett ____ da _____

e di essere:

- ☐ Anziano totalmente NON autosufficiente;
- ☐ Anziano con limitazione grave;
- ☐ Anziano con limitazione lieve;
- ☐ Anziano ultraottantenne anche se autosufficiente;
- ☐ Casi particolari (specificare quali)

GINOSA _____

IL MEDICO

TIMBRO