



Città di
GALLARATE

SETTORE AA.GG., PERSONALE, DEMOGRAFICI

**CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI BASE/MEDICO DELLA STRUTTURA PER
ISTANZA A DOMICILIO**

Al Comune di Gallarate
Servizi Demografici

Richiedente :

Cognome Nome

C.F. Nato/a a il .../.../.....

Residente in Gallarate, Via/P.zza n.

DICHIARAZIONE DEL MEDICO

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa,

Medico – Iscr. Ordine dei Medici di n.,

ATTESTA

che la persona sopra generalizzata è (barrare una sola casella):

☐ *impossibilitata temporaneamente a recarsi presso l'Ufficio Anagrafe per il rilascio della Carta d'Identità Elettronica, per motivi di salute, con probabile cessazione dell'impedimento entro ____ / ____ / ____;*

☐ *impossibilitata permanentemente a recarsi presso l'Ufficio Anagrafe per il rilascio della Carta d'Identità Elettronica, per motivi di salute.*

Il presente certificato viene rilasciato esclusivamente per gli adempimenti connessi al rilascio della Carta d'Identità Elettronica a domicilio; non contiene indicazioni diagnostiche, in conformità alla normativa sul trattamento dei dati personali (art. 9 Reg. UE 2016/679).

Luogo, data .../.../.....

Firma e timbro del Medico