



**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):*

*impossibilità 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_;*

*impossibilità 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*