



## Attestazione Patologie Oncologiche o Degenerative

(A mente dell'art. 48 Legge n. 219 del 23/12/2014)

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_

in qualità di Medico U.O.C. Cure Primarie/ Medicina Generale

visto il referto specialistico del Dottor \_\_\_\_\_

- Medico Specialista Ambulatoriale/Convenzionato SSN  
 Medico Ospedaliero

Certifico che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

è affetto/a da \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- Patologia neoplastica in trattamento chemioterapico  
 Patologia neoplastica in trattamento radioterapico  
 Sclerodermia con interessamento viscerale in fase di riacutizzazione  
 Lupus eritematoso sistematico in fase di riacutizzazione  
 Sclerosi Multipla in fase di riacutizzazione  
 Artrite Reumatoide con interessamento di almeno tre articolazioni maggiori in fase di riacutizzazione  
 Sclerosi Laterale Amiotrofica

Necessita di giorni \_\_\_\_\_ di riposo.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_