



## **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 sistemico 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 \_\_\_\_\_