**ALLEGATO F**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI**

**DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

Con la presente si certifica che il/la paziente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha una copresenza di minorazione visiva e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: \_\_\_\_/20

Residuo visivo occhio sinistro: \_\_\_\_/20

Residuo perimetrico binoculare: \_\_\_\_\_%

Orecchio destro: \_\_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: \_\_\_\_\_ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Si rilascia su richiesta dell’interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)