

CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA COMPATIBILITA' DELLA PATOLOGIA E DELLA FUZIONALITA' RESIDUA DELLA PERSONA CON LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' SPECIFICHE DEL CENTRO DIURNO PER DISABILI

(da compilarsi a cura del Medico curante o del Medico specialista o in alternativa da un Servizio pubblico che ha in carico la persona disabile)

Con la presente si certifica che il/la Sig./ra
nato a il e residente
in via

- non è affetto/a da patologie psichiatriche;
- il grado di disabilità psico-fisica stabilizzata da cui risulta affetto/a e la sua funzionalità residua sono compatibili con la partecipazione alle attività socio-educative specifiche del Centro Diurno per disabili.

....., il

.....
(Timbro e firma del Medico certificatore)