

VISITA DOMICILIARE (MOD. E)

Spett.le A.U.S.L. ....

Oggetto: richiesta per visita medica domiciliare

In riferimento alla domanda per l'accertamento dello stato di invalidità civile/cecità/sordomutismo presentata il ....., si richiede che venga disposto l'accertamento sanitario presso il proprio domicilio sito in via ..... stante le proprie condizioni di salute che non permettono la deambulazione, ai sensi dell'art. 1, comma 7, D.P.R. 21.9.94, n. 698.

Si trasmette certificazione medica.

Distinti saluti

IL RESPONSABILE .....