

**CERTIFICATO DI INTRASPORTABILITA'**

Il/La Sottoscritto/a dott.....,  
**nell'informare la persona interessata Sua Assistita che la presente richiesta avrà effetto solo se autorizzata da parte del Dirigente Medico Responsabile della SSD Medicina Legale** il quale, in caso positivo, provvederà a fissare telefonicamente appuntamento per la visita domiciliare ovvero, in caso la richiesta non venisse autorizzata, provvederà invece a nuova convocazione per visita ambulatoriale,

certifica che il/ la Sig.....  
affetto/a da.....  
.....  
.....,

presenta condizioni cliniche che lo/la rendono attualmente intrasportabile in quanto il trasferimento presso la Sede della Commissione comporterebbe un concreto pericolo di ulteriore danno alla sua salute con rischio di.....  
.....  
.....  
.....

In fede.

Data \_\_\_\_\_

.....  
timbro e firma del medico