

**Ärztliches Zeugnis für den Antrag
einer Hausvisite um
Feststellung der Zivilinvalidität
und/oder der Behinderung**

**Certificato medico per la richiesta di visita
domiciliare per l'accertamento
dell'invalidità civile
e/o della condizione di disabilità**

Für Frau/Herrn | Per la Signora/il Signor

geboren am | nata/nato il

in | a

wohnhaft in | residente a

Straße, Nr. | via, nr.

Tel. | tel.

AUFGRUND FOLGENDER PATHOLOGIEEN | A CAUSA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE

Der Transport, auch mit einem Krankenwagen, zum Sitz der Kommission stellt aus nachfolgenden Gründen ein konkretes Risiko für die Gesundheit (der Patientin/des Patienten – anderer Personen) dar:

Il trasporto, anche in autoambulanza, presso la sede della Commissione comporterebbe un concreto rischio per la salute (della/del paziente – di altre persone), per i seguenti motivi:

Im Bewusstsein der Verantwortung, die sich durch die Unterschrift ergibt, ersuche ich, dass die Patientin/der Patient am Wohnort untersucht wird.

Pertanto, conscio della responsabilità che deriva da quanto sottoscrivo, chiedo che la/il paziente sia visitata/visitato presso il domicilio.

Datum | Data

Unterschrift und Stempel | Timbro e firma
des Arztes/der Ärztin | del Medico