

## CERTIFICATO MEDICO

In base al Regolamento Regionale del 7 novembre 2012 n.16 (Disciplina in materia di autorizzazione al funzionamento dei servizi socio-assistenziali a carattere semi-residenziale per le persone anziane autosufficienti).

si certifica che il\la sig. \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

E'autosufficiente con limitata autonomia fisica nel soddisfacimento dei bisogni primari e/o del livello di funzione sociale e necessita di supporto assistenziale:

l'insieme di attività volte a superare la persona anziana autosufficiente nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, quali l'igiene dell'ambiente, la cura della persona, la preparazione dei pasti, l'aiuto all'alimentazione, e nell'approvvigionamento dei generi vari, nei trasporti e negli spostamenti, nonché favorirne la vita sociale, quindi idonea ad essere inserita presso una Residenza Servita, Gruppo Famiglia, e/o Casa Quartiere.

Data \_\_\_\_\_

**firma e timbro**