

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa *(cognome e nome)* _____
nat_ a _____ **il** *(dd/mm/yyyy)* _____ ,
residente nel Comune di _____
in via _____ , **iscritto all'Ordine**
dei Medici di _____ , **sotto la Sua responsabilità**

DICHIARA

A) che dal *(indicare anno)* _____ **è il Medico Curante del nucleo familiare residente nel**
Comune di _____ ,
in via _____ ,
i cui componenti da me trattati elenco come segue:

1. *(cognome e nome 1° familiare)*

nat__ a _____ il *(dd/mm/yyyy)* _____

2. *(cognome e nome 2° familiare)*

nat__ a _____ il *(dd/mm/yyyy)* _____

- B) che nessuno dei pazienti sopracitati presenta malattie infettive o psichiche in atto;**
C) che nessuno dei pazienti sopracitati è in cura per dipendenza da stupefacenti o da alcool;
D) che nessuno dei pazienti sopracitati presenta patologie in grado di alterare la vita di relazione e comunitaria.

(Luogo) _____ , *(dd/mm/yyyy)* _____

Timbro e Firma _____

Allegati: documento di identità valido del/la Dott/Dott.ssa.