



Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Comune di Castellaneta



Comune di Palagianello

**SPETT.LE AMBITO SOCIALE
TA/1 SPORTELLO P.U.A.
PIAZZA MARCONI, 1
74013 GINOSA (TA)**

OGGETTO: Certificato medico per assistenza domiciliare di tipo aiuto domestico e/o O.S.S. per il
SIG: _____.

Si certifica che ____ l ____ Sig. _____
Nato a _____ il _____ e residente a Ginosa in
Via _____ n. _____ affett ____ da _____

e di essere:

- Anziano totalmente NON autosufficiente;
- Anziano con limitazione grave;
- Anziano con limitazione lieve;
- Anziano ultraottantenne anche se autosufficiente;
- Casi particolari (specificare quali)

GINOSA _____

IL MEDICO

TIMBRO