CERTIFICATO MEDICO

(per richiedere la pensione di **invalidità**)

Il sottoscritt_ _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|, con studio in _____, (prov. _____), Via_____, n. _____, c.a.p._____.

Certifica che:

il/la Dott./Dott.ssa _____ nat_ il

|__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| a _____,

(prov._____), Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

è affett_ da: ***(non allegare documentazione sanitaria)***

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Tale/i patologia/e comporta/ano dal |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___| la riduzione della capacità all'esercizio della professione di Dottore Commercialista **a meno di un terzo** in modo continuativo.

Data |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___|

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

_____

FAC-SIMILE