

Nome ed indirizzo del medico curante (timbro)

Si certifica che il/la paziente.....  
nato/a a.....il.....  
presenta patologie che ne rendono difficoltosa la normale deambulazione.

la patologia è permanente.

la patologia è limitata nel tempo, con prognosi \_\_\_\_\_

Si rilascia ad uso richiesta di accesso al Cimitero Maggiore.

Data.....

Firma del medico

\_\_\_\_\_