

CERTIFICATO RILASCIATO DAL MEDICO OCULISTA
PER L'ACQUISTO AGEVOLATO DI SUSSIDI TECNICI ED INFORMATICI

Il sottoscritto Dott. _____

Medico specialista residente a _____ in _____

Telefono _____

CERTIFICA

Che il/ la sig./ra (cognome e nome) _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ in _____

tessera sanitaria _____ affetto/a da _____

presenta una invalidità funzionale permanente caratterizzata da:

- menomazioni motoria
- menomazione uditiva:
- menomazione visiva
- menomazione del linguaggio

l'acquisto dei seguenti ausili: _____

sono finalizzati a :

facilitare l'autosufficienza e l'integrazione personale;

- assistere la riabilitazione;
- facilitare la comunicazione interpersonale;
- l'elaborazione scritta o grafica;
- il controllo dell'ambiente;
- l'accesso alla formazione e alla cultura.

Visto il collegamento funzionale fra la tipologia della menomazione e il sussidio tecnico o informatico, si rilascia la presente prescrizione autorizzativa su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge in base a quanto stabilito dal D.M. - Ministero delle Finanze - 14/03/1998 (in G.U. 02/04/1998 n. 77) e art. 2 comma 9 del D.L. 31/12/1996 n. 669 convertito in L. 30 del 28/02/1997.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Data _____
