

Spett.le Casa di Riposo e Protetta
"Albergo Self"
Viale Adria n. 19
47924 Miramare di Rimini

Oggetto: **Prevenzione scabbia: certificazione medica per l'inserimento in struttura diurna o residenziale.**

Il sottoscritto _____ (Medico di Medicina Generale) avendo in cura ___l___ sig. _____ nat ___ a _____ il _____ residente _____ in Via _____ n° _____,

vista l'intenzione dell'__stess__ d'inserirsi in una struttura diurna o residenziale, dichiara sotto la sua responsabilità che ___l___ stess__:

non ha contratto la malattia;

non ha contratto la malattia ma pur in presenza di una sintomatologia pruriginosa, la visita dermatologica a cui è stata sottoposta esclude la presenza della malattia;

ha contratto la malattia ma si attesta l'avvenuta completa guarigione clinica.

In fede

Il Medico di Medicina Generale

_____ li _____