

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

---

**Oggetto: Prevenzione scabbia: certificazione medica per trasferimento di cliente ad altra struttura.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (Coordinatore Sanitario) della struttura \_\_\_\_\_ sita in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ nella quale è stat\_\_ ricoverat\_\_ \_\_l\_\_ Sig. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità che:

- nella predetta struttura non ci sono stati recenti focolai di scabbia;**
- nella predetta stuttura vi sono stati focolai di scabbia e la persona in questione:**
  - 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.**

Il Medico Responsabile

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_