**Modello per la dichiarazione che deve essere effettuata dal medico curante su sua carta intestata**

Si attesta che il Sig. ………………………………………. Nato a …………………………………. Il

Si trova in una condizione di rischio derivante da immunodepressione per esiti da patologie oncologiche o svolgimento di relative terapie salvavita

OPPURE

È in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3 comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n 104

Data ………………………. (timbro e firma del medico di MG)