Allegato 1 F

Certificazione per persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come <u>compresenza</u> di minorazione visiva totale o con residuo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetro binoculare inferiore al 10% e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'occhio migliore.

Da compilare a cura del Medico Specialista di riferimento della struttura sanitaria pubblica preposta

Si certifica che il/la Signor/a

Nome_____ Cognome_____

Nato/a_____ il _____/____/_____

Residente a_____Prov._____

Via/piazza_____ n°_____ telefono_____

C.F. _____

Affetto/a da_____

È da considerarsi persona con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'occhio migliore.

Note:

……..

……...

……...

……...

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

COMUNE DI POLISTENA (RC) PROT. N.0021735 DEL 12-11-2026 in partenza