

**ALLEGATO C**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI  
STATO DI DEMENZA**

Con la presente si certifica che il/la  
paziente \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_ ha ottenuto un risultato nella scala  
CDRS pari a \_\_\_\_\_

Si allega copia della Clinical Dementia Rating Scale (CDRS).

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)