

ALLEGATO F

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI
DEPRIVAZIONE SENSORIALE COMPLESSA**

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 una copresenza di minorazione visiva e ipoacusia.

Residuo visivo occhio destro: ____/20

Residuo visivo occhio sinistro: ____/20

Residuo perimetrico binoculare: ____%

Orecchio destro: ____ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

Orecchio sinistro: ____ decibel htl media fra le frequenze 500,1000,2000 hertz

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

_____, il _____

(Timbro e firma del medico certificatore)