

### Allegato 3 – Fac Simile Certificato di Malattia

## FORMAT DI CERTIFICAZIONE / ATTESTAZIONE DI MALATTIA ONCOLOGICA E DI PRESA IN CARICO

(da compilare su carta intestata della struttura sanitaria / medico curante / centro oncologico)

La/Il sottoscritto/o \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ☐ Medico di Medicina Generale  
☐ Medico Specialista (specificare) \_\_\_\_\_  
☐ Struttura sanitaria / Centro oncologico \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

ATTESTA

che la Sig.ra \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

È affetta da patologia oncologica.

La paziente:

- ☐ è in trattamento oncologico  
☐ è in follow-up oncologico  
☐ è in fase di presa in carico sanitaria continuativa

SI ATTESTA INOLTRE

che la Sig.ra sopra indicata è presa in carico (o è stata presa in carico) dalla scrivente struttura/medico nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale relativo alla patologia oncologica.

La presente attestazione è rilasciata esclusivamente ai fini della partecipazione al progetto "UN PASSO IN PIÙ", promosso dall'Ente Nazionale per il Microcredito, per l'accesso a misure di sostegno e microcredito sociale, e non riporta indicazioni cliniche di dettaglio, nel rispetto della normativa sulla privacy (Regolamento UE 2016/679 – GDPR).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico / struttura sanitaria

\_\_\_\_\_