

AGGRAVAMENTO INVALIDITA'

....., / /

Certifico che il Sig nato/a a

prov. di il residente in

provincia, rispetto alla valutazione medico – legale fatta dalla

Commissione Medica per l'invalidità Civile di aggravamento seguenti patologie:

dall'atto della precedente valutazione della suddetta Commissione si sono evidenziate

le seguenti patologie invalidanti:

.....
.....
.....
.....
.....

In fede

.....