

(allegare alla domanda di contributo per il sostegno
dell'attività professionale nel periodo di follow up oncologico)

ALLA CASSA NAZIONALE DI
PREVIDENZA E ASSISTENZA FORENSE
Assistenza e Servizi Avvocatura
Via Ennio Quirino Visconti, 8 – 00193 ROMA

CERTIFICATO MEDICO

*per l'erogazione di contributo per il sostegno
dell'attività professionale nel periodo di follow up oncologico*

Si certifica:

che l'Avvocato: _____

nato/a a _____ il _____

è / è stato affetto/a dalla seguente patologia oncologica:

con codice a tre cifre di cui alla Classificazione Statistica Internazionale delle malattie e dei
problemi sanitari correlati del Ministero della Sanità (Codifica ICD-10) _____
diagnosticata il _____

- ☐ che a causa della patologia oncologica in diagnosi si è sottoposto/a a iniziale
trattamento (chirurgico / radioterapico / medico) concluso il _____
N.B.: indicare la data di cessazione del trattamento iniziale, non di quello a lungo
termine)
- ☐ che per la patologia oncologica in diagnosi non si è sottoposto/a a un iniziale
trattamento (chirurgico / radioterapico / medico) ma solo a regime di osservazione
con somministrazione o meno di terapia medica a lungo termine
- ☐ che dalla data di cessazione dell'iniziale trattamento o da quella della diagnosi si
sottopone / si è sottoposto a controlli di follow up di tipo _____
_____ con frequenza _____

che il follow up:

- ☐ è terminato il _____
- ☐ è in corso ed è programmato fino al _____
- ☐ è in corso e di durata futura non prevedibile.

Data

Firma e timbro del medico
