

RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO

DA SOTTOPORRE AL MEDICO CURANTE



Nome _____ Cognome _____
residente _____ via _____
CF _____

essendo portatore di protesi capillare necessito di fase igienica ogni minimo 15 gg.

La mancanza di tale servizio può causare controindicazioni, quali:

- * tricodinia o dolore alla cute
- * prurito
- * cute secca o asteatosi
- * psoriasi al cuoi capelluto
- * inestetismi

**DISPOSITIVO
MEDICO**



FIRMA E TIMBRO SALONE
