

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____
in Via _____ n. _____
risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004 art.1 lett.f).
Accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

(luogo e data)

IL DIRIGENTE MEDICO
