

**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**

\_\_\_\_\_