

CERTIFICAZIONE

(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che ___ l ___ Sig. _____
nat ___ 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.

_____ Lì _____

II DIRIGENTE MEDICO
