

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __l__ Sig. _____
nat _____ a _____ il _____
residente a _____ 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.

_____ li _____

IL DIRIGENTE MEDICO