

Fac simile

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