

CERTIFICAZIONE

(Rilasciata da Centri Ospedalieri e Sanitari)

Si certifica che _l_ Sig. _____

nat_ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

risulta affetto da patologia prevista ai sensi della L.R. 11/1985 – L.R. 43/1993 – L.R. 3/2009 accertata in
data _____.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____, li _____

IL DIRIGENTE MEDICO
(timbro e firma)
