

MODELLO CERTIFICAZIONE SANITARIA

UNITÀ O CENTRO OPERATIVO

Si attesta che il/la Sig._____ nat_ a _____ il _____ e residente a Domusnovas in Via _____ si è presentat_ presso questo Centro/Unità Operativa nei giorni appresso indicati, per prestazioni connesse alla sua malattia in quanto affetto dalle patologie previste dalla L.R. n. 27 del 25/11/1983 – Provvidenze a favore di Talassemici, Emofilici, Emolinfopatici maligni.

[illegible]