

## 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. 27 del 25/11/1983:

☐ Talassemia

☐ Emofilia

☐ Emolinfopatia

☐ Trapianto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE MEDICO  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_