

## CERTIFICAZIONE

(Rilasciata da Centri Ospedalieri e Sanitari)

Si certifica che \_l\_ Sig. \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a Domusnovas in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ risulta affetto da patologia prevista ai  
sensi della L.R. 9/2004 art. 1 lett.f accertata in data \_\_\_\_\_.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE MEDICO  
(timbro e firma)

\_\_\_\_\_