

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. 9/2004, art. 1 comma 1, lettera f) concernente Benefici a favore di cittadini residenti in Sardegna affetti da NEOPLASIA MALIGNA.

[illegible]