

CERTIFICAZIONE  
(rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che \_I\_ Sig. \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_

Risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004 art. 1 lett.

f) accertati in data \_\_\_\_\_.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

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

Il Dirigente Medico