

CERTIFICAZIONE

(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __l__ 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).
accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Cagliari li _____

IL DIRIGENTE MEDICO