

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA
(Rilasciata da Centri Ospedalieri Pubblici o Universitari)

Si certifica che ___l___ Signor. _____

nat ___ a _____ (Prov) ___ il _____

residente a _____ in Via _____

_____ n. _____ risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della

L.R. n.9/2004 art. 1/2004 lett.F) accertata in data _____

Si rilascia a richiesta dell'interessato per gli usi consentiti dalla legge

_____ li _____

IL DIRIGENTE MEDICO