Si attesta che il Sig./ra _____nato/a a_____

Il _____ e residente a _____in Via _____

Si sottopone in questo Reparto, con la regolarità che la propria affezione richiede, ai controlli, cicli di chemioterapia, radioterapia, relativi alla Legge Regionale 3 Dicembre 2004 n. 9 e successive modifiche).

Egli si è presentato in questo reparto, per prestazioni sanitarie connesse con la sua malattia, nelle seguenti date:

Data presentazione	Firma e timbro del medico	Data presentazione	Firma e timbro del medico