

(Intestazione dell'ospedale)

**CERTIFICAZIONE**

(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che \_\_1\_\_ 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) della Regione  
Autonoma della Sardegna, accertata in data \_\_\_\_\_  
data di inizio del programma di trattamento e cura \_\_\_\_\_

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE MEDICO  
(timbro e firma)