

(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)