

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che __1__ Sig. _____

nat _____ a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004 art. 1, comma 1, lett. f) accertata in
data _____ .

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Cagliari li _____

IL DIRIGENTE MEDICO