

CERTIFICAZIONE
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che 1 Sig. _____
nat _____ a _____ il _____
residente a _____ Via _____ n. _____
recapito telefonico _____

risulta affetto/a da

- patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004 art. 1 lett.f)
 patologia prevista ai sensi della L.R. 27/83 (talassemia, emofilia, emolinfopatia maligna)

accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

(luogo e data)

IL DIRIGENTE MEDICO (oncologo)
(timbro e firma)
