

CERTIFICAZIONE

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. 27/83.
accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____ li _____

IL DIRIGENTE MEDICO