Allegato 1)

C E R T I F I C A Z I O N E

Si certifica che __l__ 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).

accertata in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____ lì _____

luogo data

IL DIRIGENTE MEDICO