

# 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