

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 lett.f).

accertata in data _____ (nella compilazione tenere conto del fatto che i rimborsi delle spese di viaggio non potranno iniziare in data antecedente questa).

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Cagliari li _____

IL DIRIGENTE MEDICO