

**CERTIFICAZIONE**  
(Rilasciata da Centri Ospedalieri o Universitari)

Si certifica che \_\_l\_\_ 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 \_\_\_\_\_

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data

**IL DIRIGENTE MEDICO**