

Data \_\_\_\_\_

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

ha eseguito in data odierna accertamenti diagnostici per la patologia di cui è affetto/a.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)