

Data _____

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

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

ASL di appartenenza _____ Cod. sanitario N. _____ Prov. _____

Diagnosi _____

dichiara di essere ammalato/a dal _____

Prognosi clinica a tutto il _____

Indirizzo durante la malattia (se diverso dalla residenza) _____

In fede

(Timbro e Firma)