

Data _____

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

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

in cura presso _____

dal _____ perchè affetto/a da _____

necessita di terapia farmacologica con _____

con la seguente posologia giornaliera _____

per il periodo continuativo di _____

In fede

(Timbro e Firma)