

Data _____

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

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

in cura presso _____ dal _____

risulta affetto/a dalla seguente patologia _____

terapia in atto _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

(Timbro e Firma)