

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

Si certifica che \_\_l\_\_ Sig./ra \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi dell'art. 1 lett. f) L.R. n. 9/2004,

accertata in data \_\_\_\_\_.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Cagliari, li \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE MEDICO**

\_\_\_\_\_