

## **CERTIFICAZIONE**

Rilasciata da un medico **specialista** ( non medico di medicina generale) abilitato all'esercizio della professione e iscritto all'Albo, ( dipendente pubblico / convenzionato / libero professionista)

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

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

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 5 del 2019 art. 7 bis

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

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**IL MEDICO SPECIALISTA**