

**CERTIFICAZIONE**  
(Rilasciata da Centri ospedalieri o universitari)

Si certifica che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente  
a Quartu Sant'Elena in via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
risulta affetto da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 9/2004, art. 1 – lett. F. accertata in data:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Medico

\_\_\_\_\_