

Si certifica che Il/La Sig. _____,
nato/a in _____ il _____ residente in
San Sperate Via _____, n.____, affetto da
_____,
è sottoposto a trattamento emodialitico periodico, _____,
presso il Centro Dialisi di _____
a partire dal _____.

Si rilascia il presente certificato su richiesta dell'interessato per gli usi di Legge.

data _____

IL PRIMARIO
