

U.S.L. _____ - DIVISIONE DI : _____

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Si certifica che il/la sig./ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a il ____/____/_____ a _____

residente in _____ Via _____ n° ____

risulta affetto/a da _____ patologia prevista ai sensi della L.R. n° 27/1983 e successive modificazioni.

La diagnosi è stata basata oltre che sui dati clinici sulla base di:

- **Esame ematologico** n. _____ in data _____ della Divisione di _____ Ospedale _____

- **Esame istologico** n. _____ in data _____

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

_____ li _____

IL DIRIGENTE MEDICO
