## *Presidio Ospedaliero/Distretto Sanitario O Altro (Specificare)*

_____

_____

Azienda U.S.L N. _____ DI _____

Reparto _____

_____

Si attesta che il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____, residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____, si è presentato presso il servizio _____, ambulatorio _____ (specificare), per l'esecuzione di terapie o esami connessi alla sua malattia di cui alla L.R. 9/2004, art. 1, comma 1, lett. F, (Neoplasie maligne) nelle seguenti date, in regime _____ (specificare se ambulatoriale o di ricovero o D.H.):

| N. | DATA | FIRMA DEL MEDICO | TIMBRO |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

N.B. Da presentare al Comune di residenza per la richiesta delle provvidenze di cui alla Legge Regionale n. 27/1983.