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. 27/1983 e ss.mm.ii., 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.