

## Certificazione rilasciata da medico specialista

Si certifica che \_\_1\_\_ Signor\_ \_\_\_\_\_

Nat \_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Risulta affetto/a da patologia prevista ai sensi della L.R. n. 5/2019 della Regione Autonoma della Sardegna  
accertata in data \_\_\_\_\_

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO

(FIRMA E TIMBRO)