



U.O. MEDICINA LEGALE

Data,

Unità Operativa di

CERTIFICO

che il/la Sig./ra

Nato/a il a

e residente in

Roma, Via/Piazza n.

identificato/a con documento n.

rilasciato da il

É RISULTATO/A AFFETTO/A DA:

.....

.....

.....

.....

Diagnosi omessa ai sensi del D.L. 196 del 30.06.2003

L'infermità di diagnosi NON CONFIGURA/CONFIGURA le condizioni per la concessione in via

PERMANENTE

TEMPORANEA e per mesi

di esonero dall'obbligo dell'uso delle cinture di sicurezza previsto dalle norme in vigore.

IL MEDICO LEGALE

.....