



CLINICA UNIV.
DIVISIONE OSPED.
REPARTO OSPED.
SERVIZIO
POLIAMBULATORIO

U.O.C. Medicina Legale

Indicazione e Timbro

Si certifica ai sensi di quanto previsto dal D.M.329/99,296/2001; ai fini dell'esenzione dal "ticket" che:

il/la _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

Via _____ N° _____ Cod. Reg. _____

È affetto da (indicare diagnosi di cui al D.M. 329/99,296/2001) _____

Indirizzo diagnostico e terapeutico: _____

Data _____

Timbro e firma del medico

MOS. 5007