

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORATO ALL' IGIENE E SANITA'

---

Azienda USL N.

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Si certifica che il/la Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

risulta affetto/a da \_\_\_\_\_ patologia considerata nella Legge Regionale della

Regione Autonoma della Sardegna n. 27 del 25 novembre 1983.

La diagnosi è stata basata, oltre che su dati clinici, sulla base di:

- Esame ematologico n. \_\_\_\_\_ del Servizio di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

- Esame istologico n. \_\_\_\_\_ dell'

in data \_\_\_\_\_

li

Il Responsabile Sanitario

Il Medico del Reparto