

Regione Lombardia

.....
(Intestazione dell'Ente)

CERTIFICAZIONE

ai sensi del D.M. Sanità n. 329/99 e s.m.i. e del DPCM 12.1.2017 (art. 53)

Si certifica che il/la sig.

nato/a a in data/...../.....

È affetto dalla seguente patologia

.....
(Descrivere la patologia come riportato nell'Allegato 8 del DPCM 12.1.2017).

Contraddistinta dal Codice

(riportare il Codice di cui all'Allegato 8 del DPCM 12.1.2017)

____/____/____ ■ ____/____/____ ■ ____/____/____
(Cod. progressivo) (Cod. I.C.D. 9 – C.M.)

Luogo

data/...../.....

Timbro e firma del Medico

.....