



Azienda Sanitaria Provinciale Enna

CERTIFICAZIONE PATOLOGIA
Ai sensi del Decreto Ministero Sanità 28 maggio 1999, n. 329
come modificato dal Decreto Ministero Sanità 21 maggio 2001, n. 296
e s.m.i.

Rev.0.0

24/05/2022

Pagina 1 di 1

Si certifica che

Il/la sig/sig.ra

Cognome Nome

Codice Fiscale

nato/a aProvincia (o stato estero)

il ... / ... /

è affetto dalla seguente patologia

.....

Contraddistinta dal codice
(riportare il codice di cui all'allegato 1 – Il par
te del DM 329/99 come modificato dal DM 296/2001)

--	--	--

--	--	--

--	--

Valido fino al __ / __ / _____

Validità illimitata

Luogo _____

Data __ / __ / _____

TIMBRO E FIRMA del Medico
