

 SST Azienda USL 2 Lucca Servizio Sanitario della Toscana	Zona Distretto Valle del Serchio	ACCERTAMENTO DELLE FORME MORBOSE DI CUI AL D.M. 28/5/1999 n° 329 E DEL D.M. 18/05/2001 N. 279	TP DV 67 Rev. 0 16-2-2015 Pag. 1 di 1
--	---	---	--

Il sottoscritto Dr. _____

appartenente alle seguente struttura sanitaria:

OSPEDALIERA PUBBLICA ☐ _____

UNIVERSITARIA ☐ _____

AMBULATORIALE A GESTIONE DIRETTA ☐ _____

AMBULATORIALE CONVENZIONATA ☐ _____

Ai sensi e per gli effetti dei D.M. sopracitati,

HA ACCERTATO

che _____ nato a _____

il _____ codice regionale _____

residente a _____ via /loc _____

E' AFFETTO DA:

Data _____

_____ Timbro e firma