

AZIENDA ASL N. _____

SERVIZIO DI _____

REFERTO MEDICO

Si attesta che

Il/La Signore/a

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

INDIRIZZO E N. CIVICO _____

COMUNE _____ CAP _____ PROV _____

RIENTRA

- Nella patologia prevista dalla Legge Regionale 25/11/83 n° 27;

Il trattamento è stato iniziato in data _____ ed è tuttora in corso, per cui il/la paziente deve periodicamente presentarsi per l'effettuazione della terapia o esami connessi allo specifico status morbosus ed è stato interrotto in data _____ peraltro il/la paziente, data la possibilità di ricaduta e di conseguenze della malattia e della terapia praticata, deve periodicamente presentarsi per visita medica ed esami.

_____ luogo _____ data

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO
