

AZIENDA ASL N. \_\_\_\_\_

SERVIZIO DI \_\_\_\_\_

**REFERITO 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 morboso 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

---