

	Certificato MO. 74. DPR. DMI. FIR	Rev. 03 del 22/03/2011 pag 1 di 1
Dipartimento Materno Infantile U.O. FPR		

Cattolica __ / __ / ____

Su richiesta dell'interessato/a

Certifico che

la Sig.ra _____

Il Sig.re _____

E' stata/o sottoposta in data __ / __ / ____

A visita specialistica dalle ore __ : __ alle ore __ : __

Si rilascia in carta semplice per gli usi consentiti dalla legge

In fede

timbro e firma del medico