

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORATO ALL' IGIENE E SANITA'

U.S.L. 8 SERVIZIO DI EMATOLOGIA OSPEDALE ONCOLOGICO A. BUSINCO
CAGLIARI

CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA

Si certifica che il Sig.
nato/a.....il.....
residente a.....

risulta affetto / a da emolinfopatia considerata nella legge Regionale
della Regione Autonoma della Sardegna n. 27 del 25 Novembre 1983.

La diagnosi è stata basata oltre che sui dati clinici sulla base di:

- esame ematologico n.della Divisione di Ematologia
Ospedale Oncologico A. Businco in data
- esame istologico n.dell'
in data.....

Cagliari, li.....

IL DIRETTORE SANITARIO

IL MEDICO DEL REPARTO